

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS
VARIAVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E
RESILIÊNCIA

Inês Correia Campos Neves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2018

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS
VARIAVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E
RESILIÊNCIA

Inês Correia Campos Neves

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Bruno Ademar Paisana Gonçalves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2018

Agradecimentos

Em primeiro lugar, o meu agradecimento vai para o Professor Bruno Gonçalves por toda a disponibilidade, colaboração, dedicação e apoio que prestou ao longo deste trabalho de investigação.

A todos os colaboradores que aceitaram participar neste estudo e contribuíram para a concretização e continuidade da investigação.

A toda a minha família e amigos pelo apoio incondicional, compreensão, partilha e disponibilidade demonstrada no desenvolvimento deste trabalho. Em particular aos meus pais e à minha tia Augusta pelo suporte e incentivo nos meus projectos de vida.

Um agradecimento ao Emanuel Pereira pela sua compreensão e disponibilidade.

Por fim e, não menos importante ao Ludgero Conde pela sua presença e constante apoio de longa data.

A todos o meu profundo e sincero obrigada.

Resumo

A sintomatologia psicopatológica está relacionada com diversas variáveis socio-demográficas, nomeadamente o género, a situação económica, as habilitações literárias e o estado civil. Vários estudos mostram que a resiliência pode ter um efeito protector neste contexto.

O presente estudo pretende analisar a relação entre os sintomas psicopatológicos e as variáveis socio-demográficas e ainda o impacto da resiliência na relação entre estas variáveis. Participaram 338 indivíduos, de ambos os sexos e com idades entre os 18 e os 83. Os instrumentos utilizados foram o questionário socio-demográfico, a versão portuguesa do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 2007), e a Escala de Resiliência de Connor-Davidson – CD-RISC (Faria-Anjos, Ribeiro & Ribeiro, 2011). Foi utilizado o método backward de regressão linear múltipla para definir as variáveis que eram melhor preditoras do índice geral de sintomas (IGS), da depressão e da ansiedade. No caso do IGS as variáveis incluídas no modelo foram o género, as habilitações literárias, a situação económica e o facto de ter ou não ter filhos. Relativamente à depressão foi incluído o género, a situação económica e o facto de estar casado. Na ansiedade as variáveis foram o género, a situação económica e o facto de ter ou não ter filhos. A resiliência demonstrou ser preditora de menores níveis de depressão, ansiedade e índice geral de sintomas. A resiliência teve um efeito mediador na relação entre o facto de ter filhos e a ansiedade, contudo apenas se verificou um efeito de mediação parcial da resiliência na relação entre ter ou não ter filhos e o índice geral de sintomas, tal como aconteceu na relação entre estar casado e a depressão.

De um modo geral existe uma relação entre a sintomatologia psicopatológica e as variáveis socio-demográficas. A resiliência tem um efeito protector na sintomatologia psicopatológica, contudo o efeito mediador esperado nem sempre foi observado.

Palavras-chave: Sintomas Psicopatológicos; Variáveis Socio-demográficas; Resiliência; BSI; CD-RISC

Abstract

Psychopathological symptomology is related with several socio-demographic variables, particularly gender, economic situation, education level and marital status. Several studies show that resilience can have a protection effect in this context.

This study aims to explore the relationship between psychopathological symptoms and socio-demographic variables, and the resilience impact in this variable-based relationship. The sample comprised in 338 individuals of both sexes, ranging between 18 and 83 years old. The instruments used were the following: a socio-demographic questionnaire, the portuguese version of Brief Symptom Inventory (BSI) (Canavarro, 2007) and the Connor-Davidson Resilient Scale – CD-RISC (Faria-Anjos, Ribeiro & Ribeiro, 2011). The backward method of multiple linear regression was used to define which variables were more predictors of the general severity index (GSI), depression and anxiety. For the GSI, the variables included in the model were gender, education level, economic situation and having children or not. Regarding depression, gender, economic situation and being married were included. The variables considered for anxiety were gender economic situation and having or not children. Resilience seems to be a predictor of lower levels of depression, anxiety and general severity index. Resilience had a mediator effect between being married and anxiety, however between having or not children and the general severity index there was only a partial mediation effect with resilience, similar to relationship between being married and depression.

In general, there is a relationship between psychopathological symptomology and socio-demographic variables. Resilience have a protective effect in psychopathological symptomology, nevertheless the mediator effect was not always has been observed.

Key-words: Psychopathological Symptoms; Socio-demographic Variables; Resilience; BSI; CD-RISC

Índice

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico.....	2
1. Sintomatologia Psicopatológica	2
2. Resiliência.....	12
3. Impacto da resiliência nos sintomas psicopatológicos.....	16
Capítulo II – Objetivos do estudo.....	19
Capítulo III – Metodologia	20
1. Caracterização da Amostra	20
2. Instrumentos	21
3. Procedimentos.....	25
Capítulo IV –Resultados	26
1. Relações entre os Sintomas Psicopatológicos e as variáveis Sociodemográficas	26
2 – Relação entre as variáveis sociodemográficas e os sintomas psicopatológicos: Análise multivariada.....	38
3 – Impacto da resiliência na relação entre as variáveis sociodemográficas e sintomatologia psicopatológica	40
Capítulo V – Discussão dos Resultados	43
Conclusão	50
Referências Bibliográficas.....	52

Índice de Quadros

Quadro 1 <i>Caracterização da amostra do estudo (Dados Sociodemográficos)</i>	20
Quadro 2 <i>Correlações entre a idade e os sintomas psicopatológicos (BSI)</i>	26
Quadro 3 <i>Comparação das médias no BSI(subescalas e índice global) em função do sexo</i>	27
Quadro 4 <i>Comparação das médias no BSI (subescalas e índices globais) em função da residência</i>	27
Quadro 5 <i>Médias dos sintomas psicopatológicos em função do estado civil</i>	28
Quadro 6 <i>Análise de variância dos sintomas psicopatológicos em função do estado civil</i>	29
Quadro 7 <i>Comparação múltipla de médias, com o teste Tuckey HSD, dos sintomas psicopatológicos em função do estado civil</i>	30
Quadro 8 <i>Correlações entre as habilitações literárias e os sintomas psicopatológicos(BSI)</i> .	30
Quadro 9 <i>Médias dos sintomas psicopatológicos em função da situação laboral</i>	31
Quadro 10 <i>Análise de variância dos sintomas psicopatológicos em função da situação laboral</i>	32
Quadro 11 <i>Correlações entre a situação económica e os sintomas psicopatológicos (BSI)</i> ...	33
Quadro 12 <i>Médias dos sintomas psicopatológicos em função do agregado familiar</i>	34
Quadro 13 <i>Análise de variância dos sintomas psicopatológicos em função do agregado familiar</i>	34
Quadro 14 <i>Comparação múltipla de médias, com o teste Tuckey HSD, dos sintomas psicopatológicos em função do agregado familiar</i>	35
Quadro 15 <i>Comparação das médias no BSI (subescalas e índice global) em função de ter ou não ter filhos</i>	36
Quadro 16 <i>Médias dos sintomas psicopatológicos em função do número de filhos</i>	36
Quadro 17 <i>Análise de variância dos sintomas psicopatológicos em função do número de filhos</i>	37
Quadro 18 <i>Regressão linear múltipla, com o método backward, entre o IGS e as variáveis sociodemográficas</i>	39
Quadro 19 <i>Regressão linear múltipla, com o método backward, entre a depressão e as variáveis sociodemográficas</i>	39
Quadro 20 <i>Regressão linear múltipla, com o método backward, entre a ansiedade e as variáveis sociodemográficas</i>	40

Quadro 21 <i>Correlações entre variáveis sociodemográficas e a resiliência.....</i>	40
Quadro 22 <i>Regressão linear múltipla, com o método enter, entre o IGS, a variável sociodemográfica filhos e a resiliência.....</i>	41
Quadro 23 <i>Regressão linear múltipla, com o método enter, entre a depressão, a variável casado e a resiliência.....</i>	41
Quadro 24 <i>Regressão linear múltipla, com o método enter, entre a ansiedade, a variável ter ou não ter filhos e a resiliência.....</i>	42

Introdução

Ao longo dos tempos, os problemas de saúde mental foram subvalorizados e negligenciados em todo o mundo.

Esta perspectiva no entanto começa a ser alterada havendo uma maior consciência de que a saúde mental é uma componente essencial da saúde ao nível global. Em Portugal, o Programa Nacional para a Saúde Mental configura como um dos programas nacionais prioritários da Direcção Geral da Saúde, o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, entre vários outros trabalhos, contribuíram para um maior conhecimento da nossa realidade no respeitante à prevalência e ao impacto dos problemas de saúde mental (Almeida, 2018).

Atendendo à conjuntura actual, nomeadamente às exigências cada vez maiores no plano individual, familiar, social, cultural, laboral, económico, político e ambiental, podem contribuir para o aparecimento da sintomatologia psicopatológica. As variáveis socio-demográficas são elementos essenciais que poderão exercer uma influência directa nos sintomas psicopatológicos com efeitos diversos. A resiliência é um factor que tem sido alvo de estudo por investigadores nas mais vastas áreas, servindo eventualmente como um forte aliado na relação entre os sintomas psicopatológicos e as variáveis socio-demográficas.

A resiliência pode ser vista como um mecanismo de defesa (Davydov et al., 2010), que permite aos indivíduos ultrapassar as adversidades que encontram ao longo da vida, exercendo um papel essencial nos processos de promoção, protecção, tratamento e recuperação da saúde mental.

O presente estudo pretende avaliar se existe relação entre as diversas variáveis socio-demográficas e os sintomas psicopatológicos, e ainda o impacto da resiliência nesta relação. Procura-se investigar um possível efeito de mediação da resiliência na relação das variáveis socio-demográficas com os sintomas psicopatológicos.

Seguidamente, apresentam-se os vários capítulos deste trabalho: enquadramento teórico sobre as variáveis em estudo, os objectivos do estudo, a descrição da metodologia utilizada, a apresentação dos resultados obtidos e a discussão destes resultados em confronto com a literatura.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. Sintomatologia Psicopatológica

A psicopatologia descritiva desenvolveu-se durante a primeira metade do século XIX e estabeleceu-se como uma linguagem descritiva, fortemente influenciada pela introdução da medição na medicina e nas ciências comportamentais. Contém uma terminologia e regras para a sua aplicação, oferecendo ainda uma interface dinâmica entre o observador e os fenómenos psicopatológicos (Berrios, 1983). Os médicos utilizavam uma série de parâmetros para examinar comportamentos psicopatológicos baseado em sintomas. Os sintomas psicopatológicos são avaliados de acordo com sua duração, intensidade, frequência, intencionalidade, agradabilidade, variação diurna, qualidade dos sintomas descritos pelo paciente e a interferência com competências psicossociais e controlo comportamental (Berrios, 1983;1985).

A sintomatologia psicopatológica tem, portanto, duas componentes: biológica (uma disfunção) que gera um deslocamento do comportamento, e aspectos psicossociais que dizem respeito à interpretação desse deslocamento pelo próprio paciente e pelos outros (Berrios, 1983; 1985). O modelo psicodinâmico explora a distinção entre forma e conteúdo e as suas teorias permanecem próximas da psicopatologia ao longo do tempo, tal como podemos verificar no trabalho inicial de Freud, que enfatizou mais a análise retrospectiva da experiência subjectiva (intersubjectividade), e de Janet (Berrios 1983).

Actualmente a psicopatologia estuda as perturbações do funcionamento psicológico, apontadas como situações que se afastam de um funcionamento psicológico normal, manifestando repercussões negativas para a saúde mental (American Psychiatric Association, 2014). A diferenciação entre o normal e patológico é definida por um conjunto de normas e valores respeitantes a uma determinada cultura, sendo esta transmitida pela família, aspectos sociais, ambientais e determinantes políticos, entre outros sistemas e instituições (American Psychiatric Association, 2014; Marková & Berrios, 2011). A psicopatologia analisa os processos entre o funcionamento normal e patológico, possibilitando a organização conceptual do estudo da psicopatologia e um enquadramento empírico para a observação clínica (Alver, 2011; Eaton, Anthony, Tepper & Dryman 1992; Kessler & Üstün, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004; 2007) define a saúde mental como a “sensação completa de bem-estar físico, mental e social, e não apenas uma ausência de doença ou enfermidade”, estando intimamente relacionada com o comportamento.

A sintomatologia psicopatológica tem uma prevalência na população em geral, representa uma preocupação global por parte de diversos investigadores e é alvo de diversos estudos, cujo propósito fundamental é a compreensão do impacto destes sintomas na população e, consequentemente a implementação de medidas que promovam uma melhoria na qualidade de vida (APA, 2014; Daig, Herschbach, Lehmann, Knoll & Decker, 2009; Dimas, Pereira & Canavarro, 2013; Gamma, Schleifer, Warnk, Gross, Rossler, Angst & Liebreinz, 2017; Kessler, 2003). Estes sintomas manifestados de forma fisiológica, comportamental e psicológica, emergem durante períodos de elevado stress, afectando as actividades do quotidiano e a produtividade dos indivíduos (Alver, 2011; Anselmi, Barros, Teodoro, Piccinini, Menezes, Araújo & Rhode, 2008).

Neste seguimento, as variáveis socio-demográficas como o sexo, idade, relações familiares, educação, empregabilidade, nível socio-económico e o estado civil (Alver, 2011; Dimas, Pereira & Canavarro, 2013; Mondy, Reynolds & Ou, 2017; Weissman & Klerman, 1977), desempenham um papel crucial na determinação e desenvolvimento da sintomatologia psicopatológica. Anselmi e colaboradores (2008) afirmam que o padrão de sintomas pode ser alterado à medida que envelhecemos, provocado por mudanças ao nível biológico, cognitivo, social e o tipo de experiências de vida.

A sintomatologia depressiva é particularmente importante, dando que a depressão é uma entidade clínica nosológica com um conjunto de sintomas que afecta milhares de adultos em todo mundo (Mondy et al., 2017). De acordo com o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013), estima-se que a depressão em Portugal ronda os 7,9%. No plano mundial, segundo a Organização Mundial de Saúde (2017), a depressão é de 4,4%, correspondente a 322 milhões de pessoas em todo o mundo.

No que concerne ao sexo, diversas investigações (Daig et al., 2009; Kessler, 2003; Kim et al., 2016; Knudson-Martin, 2000; Nolen-Hoeksema, 1995; Piccinelli & Wilkinson, 2000; Skapinakis, Bellos, Koupidis, Grammatikopoulos, Theorakis & Mavreas, 2013; Urban et al., 2014; Weissman & Klerman, 1977) apontam para uma maior prevalência da depressão nas mulheres (5,1%) comparativamente aos homens (3,6%) (WHO, 2017). Além desta predominância várias hipóteses explicativas têm sido formuladas para tentar explicar esta diferença. Neste sentido as manifestações clínicas da depressão no sexo feminino estão associadas a uma internalização do conflito (Knudson-Martin, 2000), nomeadamente a perda de apetite, fadiga, insónias, somatização, ansiedade e hipocondria (Kessler, 2003; Piccinelli & Wilkinson, 2000), e o risco da mesma varia de acordo com os vários subtipos de diagnóstico como a depressão major, distímia, depressão atípica e depressão sazonal de inverno (Piccinelli

& Wilkinson, 2000). Nos homens a depressão pode manifestar-se através do alcoolismo (Kessler, 2003), onde este comportamento actua como uma forma de mascarar a depressão. Outros comportamentos externalizados como irritabilidade (Kessler, 2003), abuso de substâncias e personalidade antissocial, estão também associados ao desenvolvimento de depressão no sexo masculino (Knudson-Martin, 2000; Notman & Nadelson, 1995; Piccinelli & Wilkinson, 2000).

Piccinelli e Wilkinson (2000) defendem que factores biológicos contribuem para uma maior incidência da depressão no sexo feminino, nomeadamente o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal que é ativado nas mulheres em situações de stress e ainda o desequilíbrio dos níveis de estrogénio e progesterona, particularmente durante o ciclo pré-menstrual, na puberdade (Nolen-Hoeksema, 1995), o uso de contraceptivos orais e terapia hormonal de substituição (Kessler, 2003; Weissman & Klerman, 1977).

O percurso da depressão possui diferentes contornos em ambos os sexos, nomeadamente o papel tradicional das mulheres (Kessler, 2003) e a forma como persistem no mesmo pensamento numa tentativa de compreensão e gestão dos problemas (Piccinelli & Wilkinson, 2000), levando a uma maior prevalência e cronicidade deste sintoma, contrariamente ao sexo masculino que tende a distrair-se através do envolvimento de uma actividade física ou instrumental (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Weissman e Klerman (1977) afirmam ainda que a utilização dos serviços de saúde, abertura na descrição de sintomas (Piccinelli & Wilkinson, 2000) e a responsividade em investigações é mais elevada nas mulheres, contribuindo para uma maior recolha da informação no género feminino. Por sua vez, os homens têm tendência para negligenciar e negar as suas necessidades internas, escamoteando possíveis sintomas de depressão (Knudson-Martin, 2000).

A idade é outra componente influente no aparecimento da sintomatologia depressiva (Anselmi et al., 2008; Erskine, Kvavilashvili, Conway & Myers, 2007; Oliveira, Santos, Crunivel & Neri, 2006; Teachman, 2006). Existem autores que afirmam que a adolescência (Alver, 2011; Erskine et al., 2007) é o ciclo de vida com valores mais elevados de depressão, enquanto outros consideram ser a população mais velha (Oliveira et al., 2006; Chen, Mullan, Su, Griffiths, Kreis & Chiu, 2012; Skapinakis et al., 2013). Numa perspetiva biológica também existem componentes hormonais, decorrentes da idade que poderão contribuir para as variações na prevalência da depressão, nomeadamente a serotonina (Piccinelli & Wilkinson, 2000; Teachman, 2006), o aumento do cortisol na puberdade e a menopausa (Weissman & Klerman, 1977).

O padrão de sintomas depressivos pode ser alterado com a idade (Anselmi et al., 2008),

apontando para uma possível comorbilidade entre o processo de envelhecimento e a depressão, nomeadamente em casos de demência, sendo possível uma confusão entre ambos (Oliveira et al., 2006). A depressão nas pessoas mais velhas apresenta um maior desafio, nomeadamente a dificuldade na recuperação total - levando a frequentes recaídas e contribuindo para uma maior utilização dos cuidados de saúde -, o risco mais elevado de mortalidade e morbilidade, associado ainda a um progressivo envelhecimento da população (Brinda, Rajkumar, Atterman, Gerdtham, Enemark & Jacob, 2016).

Um estudo realizado por George e colaboradores (1988; cit. por Erskine et al., 2007) verificou que os adultos mais velhos relataram significativamente menos ansiedade, depressão, neuroticismo, psicoticismo e persistência no mesmo pensamento em comparação com os adultos mais novos. Erskine e colaboradores (2007) afirmam que a percepção da vida, à medida que a idade avança, sofre modificações, onde as motivações afastam-se da obtenção de novos conhecimentos, dando lugar à satisfação emocional e às interações pessoais significativas. Os adultos mais velhos ao longo do tempo conseguem gerir melhores as suas emoções devido à experiência de vida (Erskine et al., 2007). Segundo Oliveira e colegas (2006) a população idosa que possui um grau elevado de independência ao nível financeiro, saúde e nas actividades do quotidiano apresenta menos sintomatologia. Outros autores defendem ainda que o trauma e as perdas levam a maiores níveis de depressão nos idosos (Mondi et al., 2017; Teachman, 2006). A idade assume assim um papel fundamental para a compreensão e previsão dos sintomas psicopatológicos (Alver, 2011).

No respeitante ao desemprego, esta variável assume também relevância no surgimento da depressão (Dimas et al., 2013; Skapinakis et al., 2013). Mossakowski (2009; cit. por Dimas et al., 2013) estudou a influência do desemprego na duração dos sintomas de depressão, e os resultados mostraram que o desemprego de longa duração predizia níveis elevados de sintomas depressivos nos sujeitos entre os 29 e 37 anos. Uma investigação realizada por Skapinakis e colaboradores (2013), verificaram na população desempregada uma enorme prevalência de sintomatologia depressiva, apresentando um risco elevado para a saúde pública e uma maior dificuldade em estabelecer um nível de segurança aos desempregados.

O estado civil afigura uma forte correlação com a depressão (Alver, 2011; Kessler, 2003; Piccinelli & Wilkinson, 2000; Skapinakis et al., 2013; Weissman & Klerman, 1977), contudo existem diversas investigações que demonstram resultados díspares e contraditórios. Weissman e Klerman (1977) afirmam que os indivíduos casados apresentam maiores níveis de depressão comparativamente aos solteiros, divorciados e viúvos, sendo maior nas mulheres do que nos homens (Kessler, 2003). Os resultados explicativos da depressão nos indivíduos

casados, surgem ligados com o papel tradicional da mulher na sociedade onde esta assume predominantemente a função de dona de casa e cuidadora (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Skapinakis e colaboradores (2013) verificaram que indivíduos separados e viúvos apresentam mais sintomas depressivos relativamente aos casados.

Neste sentido, o ambiente familiar e a dimensão do agregado familiar, contribuem também para uma vulnerabilidade à depressão (Alver, 2011; Knudson-Martin, 2000; Mondí et al., 2017). A presença de um suporte familiar consistente poderá atenuar no aparecimento de sintomas depressivos e conflitos familiares (Mondí et al., 2017; Weissman & Klerman, 1977).

As condições socioeconómicas são outro fator importante, nomeadamente os níveis mais baixos têm um risco mais elevado de virem a sofrer depressão comparativamente aos níveis mais altos (Alver, 2011; Mondí et al., 2017). A educação surge igualmente associada à depressão (Mondí et al., 2017; Skapinakis et al., 2013). Mondí e colaboradores (2017) afirmam que um menor nível de habilitações académicas conduz a uma maior dificuldade no controlo e regulação das emoções e, consequentemente, contribui para uma activação de sintomas depressivos.

Os indivíduos com acontecimentos de vida marcantes e experiências particularmente stressantes têm uma maior susceptibilidade para desenvolverem depressão (Kim et al., 2016). Por conseguinte, sujeitos com depressão possuem um risco mais elevado de saúde física, problemas sociais e ocupacionais (Mondí et al., 2017), constituindo ainda um risco para ocorrência de suicídio nesta população (Campos & Holden, 2014; Mondí et al., 2017; Skapinakis et al., 2013).

Ao longo de algumas décadas os indivíduos têm-se tornado mais ansiosos, estando no centro das suas preocupações a segurança, aceitação social e estabilidade laboral (Twenge, 2000). A ansiedade é o segundo sintoma psicopatológico mais proeminente na sociedade global (Bekhuis, Boschloo, Rosmalen & Shoenes, 2015; Brown et al., 2010; Mclenan, Lazzari, Mcmillan & Mackie, 2016), estimando-se que em 2015 atingiram 3,6% da população mundial (WHO, 2017).

As perturbações mais comuns associadas à ansiedade são a perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico, agorafobia, perturbação do stress pós-traumático e perturbação de adaptação (Brown et al., 2010). De acordo com o Estudo Epidemiológico de Saúde Mental (2013), em Portugal o grupo das perturbações de ansiedade é o que apresenta uma maior prevalência (16,5%) comparativamente a outros grupos de perturbações (como por exemplo as perturbações do humor). A ansiedade expressa a sua sintomatologia de variadas

formas, nomeadamente uma baixa auto-estima, insónias, tensão, angústia, irritabilidade, dificuldade de concentração, taquicardia, tontura, cefaleia, dores musculares, formigueiro e suor (Oliveira et al., 2006). Alguns investigadores (Edelmann, 1992; cit. por Twenge, 2000) verificaram, através de medidas que auto-relato, uma vasta variedade de doenças físicas das quais a ansiedade pode ser um fator de risco, designadamente a asma, doença cardíaca coronária, síndrome do cólon irritável, úlceras e doença inflamatória intestinal. De salientar a importância da verificação da intensidade dos sintomas para uma compreensão do impacto dos mesmos na vida do indivíduo (Oliveira et al., 2006).

Numa escala global, os valores da sintomatologia da ansiedade diferem no que concerne ao sexo, sendo mais comum entre as mulheres (4,6%) do que nos homens (2,6%) (Skapinakis et al., 2013; Twenge, 2000; WHO, 2017), assim como para a depressão acima mencionada. No sexo feminino a ansiedade aumenta mesmo quando há novas oportunidades e perspectivas de sucesso, visto que estas levam uma maior exigência e stress (Twenge, 2000).

Em diversas investigações (Oliveira et al., 2006; Skapinakis et al., 2013) verificou-se que a variável da idade também exerce influência na ansiedade, tal como ocorre na depressão, sendo os mais velhos a faixa etária detentora dos índices mais elevados. Esta associação dos mais idosos com a ansiedade pode ainda dever-se à comorbilidade com outras doenças físicas e crónicas (Oliveira et al., 2006; Skapinakis et al., 2013).

O estado civil, em particular o divórcio (Alver, 2011; Skapinakis et al., 2013 Twenge, 2000), solteiro (McLennan et al., 2016) e viuvez (Skapinakis et al., 2013) provoca ansiedade. Os sujeitos que casam mais tarde e alguns que vivem sozinhos apresentam a mesma sintomatologia (Twenge, 2000).

As condições económicas representam um factor que despoleta ansiedade, nomeadamente nos níveis mais baixos devido a questões relacionadas com a subsistência e sobrevivência, podendo ser vistas como ameaçadoras (Twenge, 2000). A situação de desemprego propicia igualmente um aumento da ansiedade (Twenge, 2000). Elevados índices de ansiedade afectam também a educação (Bayram & Bilgel, 2008). Twenge (2000) afirma ainda que os conflitos familiares podem também gerar ansiedade nos pais. Assim, o ambiente familiar, o suporte social e o meio socio-cultural (Twenge, 2000) onde nos inserimos exercessem um papel fundamental nesta sintomatologia.

Comparativamente à sintomatologia depressiva, existe uma menor informação no que diz respeito à ansiedade (Brown et al., 2010), devendo-se em grande parte ao facto de existir uma elevada comorbilidade (Anselmi, 2008; Bayram & Bilgel, 2008; Kessler, 2003; King-

Kallimanis, Gum, Kohn & 2009; Mclenan et al., 2016; Teachman, 2006; WHO, 2017) entre ambas. Assim, índices de depressão podem ser justificados pela existência prévia de indicadores de ansiedade e vice-versa. Factores stressantes que envolvem perda estão fortemente associados ao risco de depressão e os que envolvem perigo estão maioritariamente conectados ao risco de ansiedade (Kessler, 2003).

Wilhelm e colaboradores (1997; cit. por Kessler, 2003), constataram que ao controlar estaticamente a influência da variável da ansiedade, verificaram que a depressão era substancialmente atenuada. Contudo este estudo apresenta limitações, particularmente pela amostra ser constituída apenas por mulheres.

Uma investigação levada a cabo pela Holanda (Beekman et al., 2000; cit. por King-Kallimanis et al., 2009), com adultos entre os 55-85 anos, averiguou uma elevada comorbilidade entre a perturbação depressiva major e a perturbação de ansiedade generalizada. No respeitante aos detentores de depressão major, quase metade (47,5%) apresentava uma perturbação de ansiedade e os que possuíam perturbação de ansiedade, um quarto (26,1%), manifestava depressão major. Outro estudo efectuado no mesmo país (Schoevers et al., 2003; cit. por King-Kallimanis et al., 2009), entre os 65 e 84 anos, verificou que 14,5% dos participantes com depressão major também padeciam de perturbação de ansiedade generalizada, e 60,4% dos participantes com perturbação de ansiedade generalizada apresentavam depressão major. Os indivíduos com maior comorbilidade de perturbações experienciam maior sofrimento, incapacidade e menores índices de remissão ao longo do tempo, tendo como factores de risco pertencer ao sexo feminino, início precoce de depressão major e outras perturbações de ansiedade (King-Kallimanis et al., 2009).

King-Kallimanis e colaboradores (2009) desenvolveram um estudo com o intuito de verificar a existência de comorbilidade entre a depressão major e a perturbação de ansiedade generalizada, e as possíveis diferenças relativamente à idade, particularmente entre adultos (18-64 anos) e idosos (a partir dos 65 anos). Estes autores apuraram que, em ambos os grupos, mais de metade (60,6% nos jovens adultos e 51,8% nos adultos mais velhos) com depressão major havia comorbilidade com a perturbação de ansiedade. O mesmo ocorreu para perturbação de ansiedade, onde os dois grupos apresentaram comorbilidade com a depressão major (28,5% nos adultos e 21,5% nos mais idosos), confirmando assim os resultados das investigações em epígrafe.

Twenge (2000) afirma que a ansiedade é um pré-dispositor para depressão major e tentativas de suicídio, tendo grandes implicações na saúde física e mental. Skapinakis e colaboradores (2013) verificaram ainda que as perturbações de ansiedade estão relacionadas

com a cronicidade e uma qualidade de saúde baixa.

As perturbações de ansiedade e de depressão encontram-se fortemente correlacionadas com sintomas somáticos (Bekhuis et al., 2015). A somatização pertence assim ao leque da sintomatologia psicopatológica, sendo também uma sintomatologia muito frequente na comunidade. A sintomatologia da somatização é entendida como uma angústia e mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático e da disfunção corporal (Canavarro, 2007; Knudson-Martin, 2000). Os sintomas somáticos incluem cefaleias, perda de memória, náusea, desmaio, dor no peito, dificuldades de respiração, dor abdominal, formigueiro, dormência e sensação de desconforto com calor ou frio (Alver, 2011).

A somatização não constitui propriamente uma entidade nosológica mas uma tendência para experienciar e comunicar o sofrimento somático, e sintomas que não correspondem a factos patológicos, atribuindo a doenças físicas e levando a recorrer a ajuda médica (Aragona, Rovetta, Pucci, Spoto & Villa, 2012). Normalmente esta sintomatologia surge em resposta ao stress social provocado por eventos e situações de vida intimamente stressantes para o individuo (Aragona et al., 2012). A somatização emerge em indivíduos que possuem poucos conhecimentos ao nível de uma linguagem mais abstrata, e ainda em termos de conceitos de sofrimento emocional, comunicando as suas emoções e inquietações de forma somática (Aragona et al., 2012).

No que concerne às variáveis socio-demográficas, em particular o sexo, as investigações apontam que as mulheres têm uma maior tendência para descrever mais sintomas de somatização, comparativamente ao sexo masculino (Iglesia, Stover, Liporace & Solano, 2016; Urban et al., 2014). No que diz respeito à faixa etária, os sintomas somáticos aumentam à medida que os indivíduos vão envelhecendo (Iglesia et al., 2016). Por outro lado, indivíduos em situação de desemprego tendem a experienciar níveis mais elevados de somatização (Dimas, Pereira & Canavarro, 2013). Os factores socioeconómicos são variáveis, tal como as descritas acima, que influenciam os sintomas somáticos, afectando a qualidade de vida e o nível de saúde da população (Aragona et al., 2012).

A somatização surge interligada com a depressão, havendo indivíduos que se queixam frequentemente de sintomas somáticos e outros que negam sofrerem de sintomas psicológicos (Simon, Vonkorff, Piccinelli, Fullerton & Ormel, 1999).

Simon e colaboradores (1999) encontraram em investigações anteriores três definições diferentes de somatização, podendo ser vista como uma variedade de fenómenos. A primeira definição diz respeito à apresentação de sintomas somáticos, apontando para que indivíduos com perturbações psiquiátricas procurem cuidados médicos devido a sintomas de

somatização. Assim, pacientes com somatização e perturbações psiquiátricas, reconhecem sintomas psicológicos. A segunda enfatiza a associação entre a depressão e sintomas de somatização, sem aparente justificação médica. O stress psicológico influencia a forma como são percebidos e sentidos os sintomas somáticos, como uma amplificação de sensações em diversas partes do corpo. De acordo com esta definição os pacientes com somatização apresentam perturbações psicológicas, assim como múltiplas queixas somáticas inexplicáveis. Por fim, a terceira definição remete para a negação de sofrimento psicológico e a substituição por sintomas somáticos. Nesta perspectiva a somatização é uma defesa psicológica contra a expressão do sofrimento psicológico, encontrando-se associada à alexitima. Kleimann (1977: cit. por Simon et al., 1999) descreve a somatização como o “idioma do sofrimento”, existindo uma prevalência onde as perturbações psiquiátricas são estigmatizadas.

Segundo Bekhuis e colegas (2015), existe uma forte correlação entre a depressão, ansiedade e somatização, tal como referido acima, encontram-se associadas a uma maior incapacidade, maior utilização dos cuidados de saúde e a custos mais elevados do que qualquer outra patologia separadamente.

A ocorrência simultânea da perturbação depressiva e da perturbação da ansiedade juntamente com os sintomas somáticos, pode ser explicada através de três mecanismos (Bekhuis et al., 2015). Primeiramente, a depressão e ansiedade provocam o aparecimento dos sintomas somáticos, nomeadamente uma preocupação e atenção, assim como uma percepção alterada das sensações físicas. Em segundo, no seguimento da primeira hipótese, os sintomas somáticos funcionam como preditores no aparecimento de perturbações de ansiedade e depressão, tomando como exemplo o desconforto corporal e limitações físicas que os sintomas somáticos podem acarretar. Por fim, numa base etiológica, os factores partilhados em comum, essencialmente biológicos, psicológicos e ambientais causam de uma forma independente o aparecimento de depressão, ansiedade assim como sintomas somáticos (Bekhuis et al., 2015). Outras investigações (Means-Christensen et al., 2008; Van Boven et al., 2011; cit. por Bekhuis et al., 2015) indagaram que as perturbações de depressão estão mais associadas a sintomas ligados à dor como sintomas músculo-esqueléticos, enquanto que as perturbações de ansiedade podem apresentar maiores ligações com sintomas cardiopulmonares.

No que diz respeito ao psicoticismo ou sintomatologia psicótica, este é representado como uma dimensão contínua indo desde a introversão e isolamento social a sintomas como alucinações e controlo do pensamento (Canavarro, 2007; Knudson-Martin, 2000). Experiências delirantes ou alucinantes são bastante frequentes na população em geral, onde

uma continuidade sintomática pode existir em indivíduos “normais” como em indivíduos com perturbação psicótica (Verdoux & van Os, 2002). Contudo, na literatura encontram-se menos estudos que relacionem a sintomatologia psicótica (psicoticismo) ou perturbações psicóticas com as variáveis socio-demográficas.

Uma investigação realizada por Raine (1992) apurou que as mulheres apresentam mais características esquizotípicas positivas e os homens características esquizotípicas negativas. Assim as mulheres manifestam características ao nível do pensamento mágico, crenças incomuns e ideias delirantes (Maric, Krabbendam, Vollebergh, Graff & Van Os, 2003; Raine, 1992), enquanto que os homens revelam uma ausência de amigos próximos e dificuldades na expressão das emoções (Raine, 1992). Na sintomatologia esquizofrénica o sexo feminino é descrito como tendo um maior florescimento de sintomas comparativamente ao sexo masculino (Flor-Henry, 1990: cit. por Raine, 1992). Os homens com esta sintomatologia encontram-se mais isolados socialmente, são introvertidos e têm um maior leque de sintomas negativos (Bardenstein & McGlashan, 1990: cit. por Raine, 1992). Maric e colaboradores (2003) verificaram uma prevalência de sintomas psicóticos positivos nas mulheres e sintomas psicóticos negativos nos homens, indo de acordo ao descrito por Raine (1992). Outras investigações (Iglesia et al., 2016; Urbán et al., 2014), referem que os homens apresentam índices mais elevados de psicoticismo, comparativamente às mulheres.

No que concerne à idade, Poulton e colegas (2001; cit. por Verdoux & van Os, 2002) afirmam que 20,1% dos homens e 13,2 das mulheres até aos 26 anos relataram pelo menos uma experiência alucinatória ou delirante.

A depressão também pode ter efeitos nas perturbações psicóticas (Maric et al., 2003). Alguns estudos demonstram que mulheres com esquizofrenia tendem a exibir maiores níveis de depressão comparativamente aos homens (McGlashan & Bardenstein, 1990; cit. por Maric et al., 2003). Assim, maiores níveis de depressão podem induzir elevados níveis de sintomas psicóticos, sendo que estes sintomas poderão ser secundários nas mulheres com índices elevados de depressão (Maric et al., 2003).

Mclenan e colaboradores (2016) afirmam que 35% das pessoas que sofre de depressão e 50% de ansiedade não estão em contacto com os serviços de saúde primários e secundários. É importante diagnosticar e tratar previamente a depressão, ansiedade, assim como outros sintomas psicopatológicos, sendo reconhecido como fundamental na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (Brown et al., 2009).

De um modo geral, os sintomas psicopatológicos são indicadores que nos permitem

percepcionar de que forma a saúde mental é afectada negativamente, servindo ainda de diagnóstico para as doenças mentais (Alver, 2011).

2. Resiliência

O estudo da resiliência, apesar de relativamente recente, tem sido pautado por dificuldades e discórdias, devido a múltiplos factores que devem ser considerados no estudo deste fenómeno, tem suscitado linhas de pensamento e conceptualizações diferentes por parte de vários autores (Angst, 2009; Campbell-Sills, Cohan & Stein, 2006; Connor & Davidson, 2003; Fletcher & Sarkar, 2013; Fortes, Portuguese & Argimon, 2009; Mautner et al., 2013).

De acordo com Richardson (2002) a resiliência representa uma alteração de paradigma, mudando o foco colocado sobre os factores de risco, que conduzia a problemas psicossociais, para a identificação dos pontos fortes de um indivíduo.

Num âmbito conceptual a resiliência está associada à curiosidade, competência intelectual e à capacidade de lidar com os problemas (Mautner et al., 2013). Segundo alguns autores (Burns & Anstey, 2010; Campbell-Sills et al., 2006) a resiliência é um constructo multi-dimensional que compreende um conjunto de atitudes e comportamentos, incluindo variáveis como temperamento, humor, personalidade e competências específicas (resolução de problemas) favoráveis, que permitem estratégias adaptativas de coping em situações e eventos de vida crónicos e desgastantes (stressantes). Para Wagnild e Young (1993; cit. por Mautner et al., 2013) a resiliência é uma estrutura bidimensional formada por dois fatores, nomeadamente a "aceitação do eu e da vida" e "competência pessoal".

Harvey (1996) identificou um conjunto de características que indicam capacidades de resiliência, nomeadamente controlo sobre o processo de recordação de experiências traumáticas, integração da memória e das emoções, regulação das emoções relacionadas com o trauma, controlo dos sintomas, coesão interna (pensamento, emoções e acções), compreensão do trauma e desenvolvimento de significados positivos. Outras investigações sugerem que indivíduos resilientes são tipicamente caracterizados como tendo um locus de controlo interno, uma imagem positiva de si, auto-estima, responsabilidade, receptividade, tolerância ao sofrimento, capacidade de planeamento e um ambiente e suporte tanto familiar e de amigos como externo (Angst, 2009; Burns & Anstey, 2010; Fletcher & Sarkar, 2013; Truffino, 2010). Os indivíduos resilientes são mais flexíveis do que vulneráveis, sendo capazes de se protegerem contra o sofrimento e as adversidades através da activação de vários mecanismos de protecção (Mautner et al., 2013). Os mecanismos de resiliência diferem

consoante a severidade do contexto, podendo ser uma resiliência relativa aos problemas do quotidiano e ao stress no trabalho ou respeitante a um sofrimento prolongado ocasional, como por exemplo um falecimento (Davydov, Stewart, Ritchie & Chadieu, 2010).

Neste sentido, as características da resiliência estão associadas a melhores resultados na saúde física e mental, maiores comportamentos adaptativos em situações de vida negativas (Burns & Anstey, 2010) e a factores de protecção em ocasiões de stress e trauma (Connor & Davidson, 2003). Assim, a resiliência exerce um papel no processo mental e comportamental, promovendo uma protecção individual contra potenciais efeitos negativos de um determinado evento (Fletcher & Sarkar, 2013).

A noção de resiliência surge como resposta cognitiva e comportamental a um determinado evento (Burns & Anstey, 2010). Inúmeras definições da resiliência foram propostas na literatura na psicologia (Fletcher & Sarkar, 2013), existindo autores que defendem a resiliência como um traço de personalidade ou temperamento (Burns & Anstey, 2010; Connor & Davidson, 2003; Hu, Zhang & Wang, 2015; Ong, Bergeman, Bisconti & Wallace, 2006; Truffino, 2010) e outros como a capacidade que determinadas pessoas têm de recuperação e adaptação face à adversidade através de um conjunto de factores (Fortes et al., 2009; Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; Ralha-Simões, 2001; Rutter, 1985).

De acordo com Bonanno (2004) a resiliência é a capacidade dos adultos, expostos a um evento isolado potencialmente disruptivo e ameaçador, de em circunstâncias ditas normais, manterem os níveis de funcionamento físico e psicológico relativamente estáveis e saudáveis, e ainda a capacidade de gerir experiências e as emoções positivas. A resiliência é entendida pela capacidade de enfrentar com sucesso uma situação desafiante e ameaçadora, assim como a capacidade de recuperar de um evento severo e traumático (Mautner et al., 2013).

Ralha-Simões (2001) define este constructo como uma especificidade estrutural do desenvolvimento psicológico, que se traduz na capacidade de determinadas pessoas, grupos ou instituições possuem para evitar, enfrentar ou mesmo ultrapassar os efeitos destruturantes que seriam esperados devido à exposição de determinadas experiências.

Luthar e colegas (2000) descrevem a resiliência como um processo dinâmico abrangido por uma adaptação positiva num contexto de adversidades negativas. Maior parte das definições de resiliência são baseadas em dois conceitos chave: adversidade e adaptação positiva (Fleming & Ledogar, 2008; Luthar et al., 2000). A adversidade engloba circunstâncias negativas que estão associadas a dificuldades de adaptação (Luthar & Cicchetti, 2000, cit. por Fletcher & Sarkar, 2013). Este conceito de adversidade encontra-se intimamente ligado à noção de risco, embora outros autores definam a adversidade como sofrimento associado a

dificuldades, infortúnios e traumas (Luthar & Cicchetti, 2000, cit. por Fletcher & Sarkar, 2013). A adaptação positiva compreende comportamentos que manifestam competências sociais, desenvolvimento de tarefas bem sucedidas e bem-estar subjectivo. Com base nestes dois conceitos, a resiliência emerge pela necessidade de resposta a diferentes adversidades, desde obstáculos e stress do quotidiano a acontecimentos de vida marcantes, e a uma adaptação positiva devidamente apropriada e conceptualizada mediante a adversidade, contendo critérios rigorosos de análise e avaliação (Fletcher & Sarkar, 2013).

Segundo Burns e Anstey (2010) a resiliência é descrita como um conjunto de características ou traços hereditários, resultado de situações de vida stressantes, e ainda como uma interacção entre traços e comportamentos juntamente com as experiências de vida. Este constructo é variado, sendo mencionado como um traço, processo e um resultado (Fletcher & Sarkar, 2013; Hu et al., 2015). Para Hu e colegas (2015), a resiliência é uma característica pessoal que ajuda os indivíduos a lidar contra o impacto da adversidade ou de eventos traumáticos de forma a alcançarem um bom desenvolvimento e adequação às situações de vida. Ong e colaboradores (2009) afirmam que a resiliência é um traço de personalidade relativamente estável, caracterizado pela capacidade de ultrapassar, recuperar e orientação face a um acontecimento adverso. Esta noção de resiliência foi descrita inicialmente por Block e Block (1980; cit. por Fletcher & Sarkar, 2013) utilizando o termo “resiliência do ego” para descrever um conjunto de traços que reflectem força de carácter, recursos e funcionamento flexível em resposta às diversas exigências do meio. Os indivíduos são identificados como tendo elevados níveis de energia, optimismo, curiosidade e competências para separar e conceptualizar os problemas (Fletcher & Sarkar, 2013).

As emoções positivas são uma componente essencial na resiliência enquanto traço de personalidade, uma vez que o indivíduo resiliente tem tendência para se apoiar num conjunto de estratégias de coping baseadas na suscitação de emoções, assim como na descoberta de vantagens e na reapreciação positiva, no humor e na atribuição de um significado positivo a acontecimentos normais do quotidiano, e ainda no coping focado em objetivos e orientado para a resolução de problemas, regulando assim as experiências emocionais negativas (Davydov et al., 2010; Ong et al., 2009). Estes traços da personalidade, detentores de propriedades funcionais e associados às emoções positivas, são considerados factores que permitem uma elevada resistência ao stress, possibilitando o acesso a vários recursos emocionais positivos que podem ajudar a superar as experiências de stress no momento (Ong et al., 2009).

Na literatura apesar do conceito de resiliência estar comumente conectado ao trauma e às

grandes adversidades (Bonanno, Galea, Bucciarelli & Vlahov, 2007), assim como aos traços de personalidade inerentes a cada indivíduo, a natureza deste fenómeno ainda é pouco compreendida (Garcia-Dia, DiNapoli, Garcia-Ona, Jakubowski & O'Flaherty, 2009). Essa combinação de elementos psicossociais e predisposições biológicas são produtos de elementos tanto internos como externos (Garcia-Dia et al., 2009). Conceptualmente parece evidente existirem uma panóplia de factores de protecção que promovem a resiliência tanto em crianças, como adolescentes e adultos (Bonanno et al., 2007; Rutter, 1985).

Os factores protectores são um conjunto de variáveis do sujeito e do contexto que, influenciam ou modificam a resposta face à situação de stress, impulsionando uma capacidade de resistir ao conflito e gerir o stress, revertendo as circunstâncias potencialmente negativas (Angst, 2009; Truffino, 2010).

Para Rutter (1985) os factores protectores são definidos por influências que modificam, melhoram ou alteram a resposta de uma pessoa a algum perigo que predispõe a um desfecho inadequado. Os factores de protecção são identificados por características psicológicas internas, nomeadamente altruísmo, disciplina, emoções positivas, auto-estima, auto-eficácia, espiritualidade, assim como relações parentais e de amizade satisfatórias, um forte apoio social e suporte ao nível de estruturas externas (Angst, 2009; Fletcher & Sarkar, 2013; Garcia-Dia et al., 2009; Mautner et al., 2013). As famílias e as estruturas sociais representam um papel protector principalmente ao exibirem características de coesão, carinho, abertura, compromisso e suporte, permitindo promover modelos de referência positivos e uma ausência de elementos de risco (Truffino, 2010). Além dos factores de protecção, a resiliência pode ainda ser modulada através de factores de risco (Garcia-Dia et al., 2009; Truffino, 2010). Estes factores representam um conjunto de variáveis pessoais e ambientais que promovem o aumento da probabilidade de respostas negativas desajustadas diante uma situação de perigo (Angst, 2009; Truffino, 2010).

A interacção dos factores de risco e de protecção é manifestada quando o risco está presente, activando variáveis de protecção que possuem uma acção compensadora, moduladora, redutora e eliminadora (Truffino, 2010).

O fenómeno da resiliência pode ser visto como mais do que uma recuperação a um insulto (Bonanno, 2004), mas como um crescimento ou adaptação positiva após uma interrupção na homeostasia (Campbell-Sills et al., 2006). Maior parte dos indivíduos experienciou pelo menos um evento potencialmente traumático ao longo da sua vida (Bonanno et al., 2007; Fletcher & Sarkar, 2013; Garcia-Dia et al., 2013).

Existem três domínios na resiliência que podem causar impacto ao nível da qualidade de

saúde mental após a exposição de um evento adverso: ligações seguras, emoções positivas e um objectivo de vida (Mautner et al., 2013).

3. Impacto da resiliência nos sintomas psicopatológicos

A resiliência é frequentemente conceptualizada como existindo num contínuo de vulnerabilidade, implicando uma resistência à psicopatologia, embora não haja uma invulnerabilidade total para o desenvolvimento de uma perturbação psiquiátrica (Campbell-Sills et al., 2006). Pouco se sabe acerca do processo de desencadeamento, actuação e adaptação da resiliência na idade adulta, existindo mais literatura na população mais jovem, e levantando algumas reservas uma vez que apesar dos adultos estarem expostos a acontecimentos potencialmente traumáticos, maior parte não desenvolve problemas severos do foro psicopatológico (Campbell-Sills et al., 2006; Rutter, 1985).

Segundo Campbell-Sills e colegas (2006) a resiliência no adulto deve ser conceptualizada como a capacidade de manter os níveis do funcionamento físico e psicológico relativamente saudáveis e estáveis, no seguimento de acontecimentos ou experiências traumáticas. Investigações desenvolvidas neste âmbito (Collishaw et al., 2007; Rutter & Quinton, 1984; cit. por Davydov et al., 2010), verificaram que a resiliência nos adultos que experienciaram adversidade num período precoce, está associada a relações interpessoais de maior qualidade na adolescência e idade adulta. Burns e Anstey (2010) defendem ainda que a capacidade para a resiliência parece ser moldada mediante a idade e experiências de vida, tanto no plano individual como cultural (Davydov et al., 2010).

O aumento de oportunidades de exposição à adversidade e a experiência de vida podem constituir um factor importante que afeta a resiliência traço, assim como a relação desta com a saúde mental (Hu, 2015). Os eventos traumáticos encontram-se associados a um aumento dos sintomas psicológicos por um determinado período de tempo (Bonanno, 2004; 2007).

É fundamental compreender o desenvolvimento da resiliência como forma para promover intervenções de modo a prevenir e a tratar perturbações mentais comuns, uma vez que os factores de risco apresentam uma alta variabilidade individual e cultural no seu impacto, principalmente notório em questões de ansiedade, depressão e reacções ao stress (Davydov et al., 2010).

A resiliência traço encontra-se correlacionada de forma negativa a indicadores de saúde mental negativos, existindo uma correlação positiva com índices positivos. Alguns indicadores de saúde mental nomeadamente a satisfação com a vida, o afeto positivo, a depressão e a

ansiedade são preditores da resiliência traço (Hu et al., 2015).

Os indivíduos com elevados traços de resiliência apresentam uma recuperação emocional e psicológica mais rápida ao stress, diminuindo o risco de desenvolvimento de perturbações mentais após acontecimentos de vida traumáticos, associados ainda a uma manifestação de menores sintomas de depressão, ansiedade, raiva, impulsividade, baixa auto-estima e abuso de substâncias (Carvalho et al., 2016; Ong et al., 2006; Schäfer, Wittchen, Höfler, Heinrich, Zimmermann, Siegel & Schönfeld, 2016).

As emoções positivas promovem a propensão da resiliência traço, diminuem o risco de depressão (Davydov et al., 2010) e atuam como um moderador de reatividade ao stress e mediador na recuperação deste, sendo ainda responsáveis por uma variação significativa das respostas emocionais diárias ao stress (Ong et al., 2006).

Existe uma multiplicidade de fatores de proteção que podem estar relacionados com a resiliência a diferentes níveis, nomeadamente no plano individual, grupo, familiar, grupo de pares, escola, vizinhança e social. Os factores de risco estão associados às dificuldades económicas e habitacionais, e ainda a um baixo nível de escolaridade (Davydov et al., 2010).

Moorthouse e Caltabiano (2007; cit. por Dimas, Canavarro & Pereira, 2013), constataram que indivíduos desempregados com qualidades resilientes apresentam menores níveis de depressão, havendo uma menor probabilidade de ficarem deprimidos mesmo face à dificuldade em encontrar um novo emprego. Os resultados deste estudo sugerem ainda que a resiliência ajuda o indivíduo a lidar com a adversidade que o desemprego acarreta.

A investigação de Hu e colaboradores (2015) no âmbito da relação dos sintomas psicopatológicos e da resiliência, revelou que indivíduos com elevados níveis de resiliência traço possuem mais afecto positivo e satisfação com a vida, contrariamente aqueles com níveis mais baixos de resiliência onde se constata maior ansiedade, depressão e afecto negativo. A idade exerce um efeito moderador na relação entre a resiliência traço e os indicadores negativos de saúde mental, onde os adultos obtêm resultados mais favoráveis relativamente às crianças e adolescentes. O sexo também desempenha um papel moderador entre estas variáveis, embora com diferenças menos significativas, sendo as mulheres detentoras dos níveis mais elevados.

No estudo realizado por Carvalho e colaboradores (2016), verificou que os indivíduos com sintomatologia ansiosa e depressiva apresentaram níveis menores de resiliência, tanto no sexo masculino como feminino. Contudo as mulheres apresentaram uma maior expressão de sintomas depressivos e ansiosos, comparativamente aos homens. Os indivíduos com menor resiliência revelaram ainda indicadores de alexitimia.

Bonanno (2007) constatou que os sujeitos que sofrem de stress pós-traumático, ou de trauma moderado, apresentam níveis elevados de depressão; contudo os indivíduos com elevados níveis de resiliência manifestam níveis reduzidos de depressão. Assim, a incidência de níveis elevados de depressão é preditora de uma menor resiliência, estando os indivíduos resilientes associados a um perfil mais saudável. No que concerne ao gênero, o sexo feminino está associado a uma menor resiliência comparativamente ao sexo masculino. Relativamente à faixa etária os sujeitos com mais de 65 anos revelam uma maior propensão para a resiliência em comparação com a camada mais jovem (18 aos 24 anos de idade). No que diz respeito à educação, a prevalência da resiliência é maior nos níveis mais baixos do que nos níveis mais elevados de escolaridade, contrariando os resultados indicados no estudo anterior do mesmo autor (Bonanno, 2006; cit. por Bonanno, 2007). A situação económica satisfatória, assim como o elevado suporte social, estão relacionados com maiores níveis de resiliência.

Campbell-Sills e colegas (2006) averiguaram que os indivíduos que relataram uma elevada negligência emocional na infância e uma baixa resiliência estão associados à presença de maiores sintomas psiquiátricos, assim como os indivíduos com níveis reduzidos de negligência emocional na infância e resiliência. Os indivíduos com maior resiliência e níveis menores de negligência emocional na infância, apresentam níveis mais baixos de sintomas psiquiátricos. Contudo, curiosamente, os indivíduos que relataram uma negligência emocional elevada na infância assim como elevada resiliência, constituem o grupo com maior expressão assintomática.

Apesar de algumas investigações sugerirem que a resiliência pode proteger de resultados desadaptativos e ajudar a recuperar de eventos de vida stressantes, pouco se sabe acerca das características cognitivas e dos mecanismos subjacentes à resiliência traço (Schäfer, 2015). Schäfer (2015) verificou que quando a concentração é elevada, os resultados indicam que a atenção focada na ameaça está associada a uma elevada resiliência traço, enquanto que uma concentração evitante perante a ameaça está associada a uma baixa resiliência traço. Quando a concentração é baixa, e os indivíduos revelam um evitamento perante uma ameaça, a resiliência traço é mais acentuada; quando os indivíduos direcionam a concentração para um estímulo ameaçador a resiliência traço é menos intensificada. A resiliência traço, a concentração e a atenção dirigida a uma ameaça estímulo, estão ainda associados a sintomas de ansiedade e depressão (Schäfer, 2015).

No sentido do descrito em epígrafe, a resiliência desempenha um papel fundamental no apoio aos indivíduos, permitindo alcançar um estado de saúde mental positivo e reduzir os indicadores negativos (Hu et al., 2015).

Capítulo II – Objetivos do estudo

A expressão da sintomatologia psicopatológica e a sua relação com as variáveis socio-demográficas representam fatores importantes que contribuem para um entendimento do funcionamento e impacto da saúde mental.

A resiliência reduz o impacto negativo, nomeadamente na depressão, ansiedade e somatização, perante as adversidades ou a exposição a eventos traumáticos, accionando fatores de proteção que diminuem a probabilidade do desenvolvimento da psicopatologia, e fatores de promoção que activamente aumentam o bem-estar psicológico (Davydov, 2010; Hu, 2015). Neste sentido as variáveis socio-demográficas apresentam um contributo fundamental ao nível da prevenção e proteção.

De acordo com o que foi descrito em epígrafe nesta revisão de literatura e, devido à conjectura global que se atravessa prevê-se que estas problemáticas irão continuar a ser preponderantes para a saúde mental, tornando-se relevante e interessante o estudo destes conceitos ainda pouco compreendidos na nossa sociedade.

É neste clima ainda de austeridade que as populações são alvo de pressão em diversos domínios, nomeadamente no plano pessoal, familiar, social e económico, onde o nível de exigência é cada vez mais elevado. O que conduz a um sacrifício acrescido, que poderá acarretar problemas no aumento dos sintomas psicopatológicos e, conseqüentemente, no agravamento da saúde - não apenas mental, mas também física.

É neste seguimento, que este projecto de investigação é pertinente abordar o estudo dos sintomas psicopatológicos, das variáveis socio-demográficas e da resiliência, contribuindo de alguma forma para o levantamento de novas questões, surgimento de novas ideias de modo a fornecer uma mais valia na área de investigação destas variáveis.

Mais concretamente, este estudo tem como objectivo geral investigar a relação entre os sintomas psicopatológicos e as diversas variáveis socio-demográficas. O segundo objectivo principal desta investigação tem como propósito explorar o papel da resiliência na relação entre as variáveis socio-demográficas e os sintomas psicopatológicos.

Assim, através deste segundo objectivo principal, torna-se pertinente elaborar uma hipótese: A resiliência tem um efeito mediador na relação das variáveis socio-demográficas com os sintomas psicopatológicos.

Capítulo III – Metodologia

O presente estudo, enquadra-se numa investigação mais vasta da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa sobre Personalidade e Psicopatologia. Esta investigação segue um modelo transversal e correlacional.

1. Caracterização da Amostra

O método de seleção da amostra foi não probabilística por conveniência, sendo os participantes selecionados a partir da esfera relacional dos investigadores (técnica de “bola de neve”). A presente amostra é constituída 338 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 83 anos ($M = 41$, $DP = 13,56$), a maioria (98,5%) de nacionalidade portuguesa. Através da observação do Quadro 1 é possível verificar as restantes características constituintes desta amostra.

Quadro 1

Caracterização da amostra do estudo (Dados Socio-demográficos)

	n	%
Género		
Masculino	132	39.1
Feminino	206	60.9
Escolaridade		
< 4º Ano	7	2.1
4º Ano	5	1.5
6º Ano	16	4.7
9º Ano	25	15.4
12º Ano	96	28.4
Licenciatura ou mais	162	47.9
Profissão		
Empregado	262	77.5
Desempregado	26	7.7
Reformado	18	5.3
Dona de Casa	3	0.9
Estudante	29	8.6
Situação Económica		
Muito Satisfatória	12	3.6
Satisfatória	216	63.9
Pouco Satisfatória	92	27.2
Nada Satisfatória	17	5.0
Estado Civil		
Solteiro	104	30.8
Casado ou vivendo como tal	197	58.3
Viúvo	6	1.8

Divorciado ou Separado	30	8,9
Agregado Familiar		
Vive só	40	11,8
Vive com o conjuge	108	32,0
Vive com o conjuge e terceiros	96	28,4
Vive com terceiros	21	6,2
Vive com os pais	47	13,9
Outro	24	7,1
Filhos		
Não	135	39,9
Sim	202	59,8
Um	95	28,1
Dois	93	27,5
Três ou mais	16	4,7
Religião		
Católico Praticante	64	18,9
Católico não praticante	185	54,7
Outra Religião	9	2,7
Sem religião	78	23,1
Doença		
Sim	45	13,3
Não	290	85,8
Estado de Saúde		
Muito mau	2	0,6
Mau	9	2,7
Nem mau nem bom	74	21,9
Bom	201	59,5
Muito bom	49	14,5
Vivência de uma situação ou acontecimento de vida traumático		
Sim	154	45,6
Não	174	51,5

2. Instrumentos

2.1 – Questionário Socio-demográfico

De modo a recolher informação socio-demográfica pertinente para o presente estudo, e informações específicas de cada participante foi elaborado um questionário socio-demográfico. O questionário é constituído por dezasseis itens onde constam diversas variáveis demográficas como o género, idade, nacionalidade, área de residência estado civil, escolaridade, situação laboral, profissão e situação económica. No que diz respeito a variáveis psicossociais foram obtidas informações ao nível do agregado familiar, o número de filhos e a frequência de contacto nas relações familiares e de amizade.

2.2 – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

No que se refere aos sintomas psicopatológicos, a variável foi operacionalizada com recurso ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI – Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1982), mais precisamente, à versão portuguesa traduzida e adaptada por Canavarro (1999).

O BSI é um instrumento de auto-relato construído para avaliar um conjunto de sintomas psicopatológicos, nomeadamente a sua frequência e intensidade, podendo ser aplicado a partir dos 13 anos de idade e dirigido tanto a uma população clínica, como à população em geral (Canavarro, 2007; Derogatis & Melisaratos, 1983). O BSI é uma versão reduzida do Symptom Check-List, conhecido na literatura como SCL-90, surgindo como alternativa ao SCL-90 devido à morosidade no preenchimento do inventário (Canavarro, 2007).

Este instrumento de auto-relato constituído por 53 itens avalia sintomas psicopatológicos, que são medidos através de nove dimensões básicas da sintomatologia psicopatológica, nomeadamente a somatização (7 itens), obsessões e compulsões (6 itens), sensibilidade interpessoal (4 itens), depressão (6 itens), ansiedade (6 itens), hostilidade (5 itens), ansiedade fóbica (5 itens), ideação paranóide (5 itens) e psicoticismo (5 itens). O instrumento avalia, ainda, três Índices Globais: o Índice Geral de Sintomas (IGS), o Índice de Sintomas Positivos (ISP) e o Total de Sintomas Positivos (TSP), que constituem avaliações sumárias de perturbação emocional. É ainda de salientar que quatro itens do BSI (itens 11, 25, 39 e 52) não estão contemplados nas nove dimensões, contudo dada a sua relevância clínica estão inseridos nos três Índices Globais (Canavarro, 2007).

As nove dimensões primárias foram descritas por Derogatis (1993; cit. por Canavarro, 2007) da seguinte forma:

Somatização – reflecte o mal-estar que decorre da percepção do funcionamento somático, essencialmente queixas ao nível cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou qualquer outro com clara mediação autonómica, dores musculares e ansiedade.

Obsessões-compulsões – foco nas cognições, impulsos e comportamentos percebidos como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora a sua natureza indesejada e ego-distónica. Este constructo contém sintomas identificados na síndrome clínica obsessiva-compulsiva.

Sensibilidade interpessoal – centração nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, concretamente na comparação com outros indivíduos, que se manifestam em características como a auto-depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez durante as

interacções sociais.

Depressão – é composto por indicadores de depressão clínica, sendo reflectidos por sintomas de afecto e humor disfórico, a perda de energia vital, assim como a falta de motivação e de interesse pela vida.

Ansiedade – contempla sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico, bem como indicadores gerais como o nervosismo e a tensão, sendo ainda constituída por componentes cognitivas através de correlatos somáticos e de ansiedade como forma de manifestação de sintomas.

Hostilidade – inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afectivo negativo da cólera.

Ansiedade Fóbica – centra-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas, surgindo como uma resposta de medo persistente relativamente a uma pessoa, local ou situação específica, que apesar de ser irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz a comportamentos de evitamento.

Ideação Paranóide – representa o comportamento paranoide através de um modo perturbado de funcionamento cognitivo, manifestado pelo pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios, reflexivos dessa perturbação.

Psicoticismo - este constructo foi desenvolvido como uma dimensão contínua da experiência humana, que inclui indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como os sintomas primários de esquizofrenia (alucinações e controlo de pensamento), fornecendo um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose.

As três pontuações dos três Índices Gerais foram descritas por Derogatis (1993; Canavarro, 2007) pelo seguinte modo:

Índice Geral de Sintomas – integra a pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados.

Índice de Sintomas Positivos – representa a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados.

Total de Sintomas Positivos – constituído pelo número de queixas somáticas apresentadas.

A aplicação do instrumento demora, aproximadamente, 8 a 10 minutos onde a resposta aos itens é avaliada numa escala tipo *likert* de 0 (“nunca”) a 4 (“muitíssimas vezes”). Para o preenchimento da escala é solicitado ao indivíduo que classifique o grau que cada problema o afectou durante a última semana.

Relativamente às propriedades psicométricas, a escala apresenta bons níveis de consistência interna para as nove escalas, com valores de *alfa de Cronbach* que variam entre 0,71 e 0,85. A estrutura factorial avaliada tanto na população em geral como na população clínica são indicadores da unidade e solidez do ponto de vista conceptual. Neste estudo, concretamente para este instrumento, o alfa de Cronbach da escala global é de 0,97 e o alfa das sub-escalas varia entre 0,93 e 0,95.

2.3 – Escala da Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC)

No que concerne à resiliência, o instrumento aplicado foi a Escala da Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC – The Connor-Davidson Resilience Scale, Connor & Davidson, 2003), concretamente a versão portuguesa traduzida e adaptada por Faria-Anjos, Ribeiro e Ribeiro (2011).

O CD-RISC é uma escala de auto-relato que permite quantificar e avaliar a resiliência, estabelecer valores de referência para a resiliência na população geral e em amostras clínicas, servindo ainda como uma medida clínica de avaliação de resposta ao tratamento farmacológico numa população clínica (Connor & Davidson, 2003).

A versão original deste instrumento é constituída por 25 itens, apresentados numa escala de tipo *likert* de 0 (“não verdadeira”) a 4 (“quase sempre verdadeira”), cujo o seu preenchimento funciona de acordo com o nível concordância do conjunto de afirmações no sentido se estas se aplicam ao indivíduo e à sua realidade no último mês. A pontuação total varia de 0 a 100, reflectindo maiores níveis de resiliência as pontuações mais elevadas (Connor & Davidson, 2003). Foram encontrados cinco factores, nomeadamente o primeiro factor reflecte a noção de competência pessoal, padrões elevados e de perseverança; o segundo factor corresponde à confiança nos próprios instintos, tolerância à afectividade negativa e efeitos de fortalecimento perante o stress; o terceiro factor refere-se à aceitação positiva da mudança e segurança nas relações; o quarto factor reflecte o controlo; e o quinto factor representa a influência da espiritualidade (Connor & Davidson, 2003).

Contudo, a análise factorial do instrumento na adaptação para a população portuguesa não corroborou com os cinco factores da versão americana, emergindo apenas quatro factores respectivamente: noção de competência pessoal, padrões elevados, controlo e perseverança; confiança nos próprios instintos, tolerância aos afectos negativos e aos efeitos de fortalecimento do stress; aceitação positiva da mudança e segurança nas relações; e influência da espiritualidade (Faria-Anjos, Ribeiro & Ribeiro, 2011). Deste modo, o Factor 4 original,

respeitante ao controlo, foi excluído, por não se apresentar como um factor independente, contrariamente ao definido na versão para a população americana, tendo sido integrado no Factor 1 (Faria-Anjos, Ribeiro & Ribeiro, 2011).

No respeitante às qualidades psicométricas, na versão adaptada para a população portuguesa o instrumento apresenta bons indicadores de consistência interna, obtendo um valor de *alfa de Cronbach* de 0,88 (Faria-Anjos, Ribeiro & Ribeiro, 2011). Para este instrumento especificamente o *alpha de Cronbach* da escala global é de 0,91 e o das sub-escalas varia entre 0,59 e 0,83.

3. Procedimentos

O método de selecção da amostra foi de conveniência na medida em que os participantes foram seleccionados a partir da esfera relacional dos investigadores que integram o projecto, onde este estudo se insere.

Previamente, era apresentado a cada participante um envelope A4 que continha uma declaração de consentimento informado, com todas as informações relativas ao projecto de investigação, os objectivos, os contactos dos investigadores, aludindo ao facto de não haver respostas correctas ou erradas e ao carácter livre na participação, bem como a garantia da confidencialidade e anonimato na recolha dos dados.

Juntamente com o consentimento informado, os participantes recebiam um protocolo de investigação, que incluía um questionário socio-demográfico e nove questionários que avaliavam constructos específicos: CD-RISC (Escala de Resiliência de Connor-Davidson), NEO-FFI (Inventário dos Cinco Factores da Personalidade), MHI 5 (Inventário de Saúde Mental), PID-5 (inventário de Personalidade para o DSM-5 – Adultos), ITD-R (Inventário de Traços Depressivos), LEC-5 (Life Events Checklist for DSM-5), PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5), SIDES-SR (Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress) e BSI (Inventário de Sintomas Psicopatológicos).

Após a assinatura da declaração de consentimento informado, os participantes procediam ao preenchimento dos nove questionários. O tratamento estatístico de dados foi executado através do software informático de estatística – Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), na versão 25.0 para Windows (IBM Corp.).

Capítulo IV – Resultados

1. Relações entre os Sintomas Psicopatológicos e as variáveis Socio-demográficas

De forma a investigar o primeiro objectivo principal do estudo, particularmente analisar as relações existentes entre os sintomas psicopatológicos e as diversas variáveis socio-demográficas, procedeu-se à utilização estatística da correlação de Pearson para a variável idade, do *t de Student* para variáveis dicotómicas e da análise da variância ou ANOVA para variáveis categoriais com mais de duas categorias.

1.1 – Relação entre a idade e a sintomatologia psicopatológica

Para explorar a relação entre a variável idade e os sintomas psicopatológicos avaliados pela pontuação nas subescalas do BSI, bem como o índice global de sintomas (IGS), foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. O Quadro 2 apresenta as correlações observadas.

Quadro 2

Correlações entre a idade e os sintomas psicopatológicos (BSI)

	<i>r</i>	<i>p</i>
Somatização	0,13	0,018
Obsessões-Compulsões	-0,06	0,299
Sensibilidade Interpessoal	-0,05	0,327
Depressão	-0,12	0,031
Ansiedade	-0,06	0,252
Hostilidade	-0,17	0,002
Ansiedade Fóbica	-0,02	0,691
Ideação Paranóide	0,06	0,300
Psicoticismo	-0,13	0,022
IGS	-0,09	0,127

1.2 – Relação entre o gênero e a sintomatologia psicopatológica

De modo a comparar homens e mulheres quanto aos sintomas psicopatológicos avaliados pelo BSI realizou-se o teste de *t de Student*, sendo os resultados apresentados no Quadro 3.

Quadro 3

Comparação das médias no BSI (subescalas e índice global) em função do sexo

	Homens	Mulheres	<i>t</i>	<i>p</i>
Somatização	0,33	0,50	-3,20	0,002
Obsessões-Compulsões	0,78	0,94	-2,24	0,026
Sensibilidade Interpessoal	0,55	0,69	-1,72	0,087
Depressão	0,54	0,69	-1,93	0,053
Ansiedade	0,52	0,72	-3,10	0,002
Hostilidade	0,53	0,62	-1,32	0,190
Ansiedade Fóbica	0,27	0,33	-0,99	0,320
Ideação Paranóide	0,77	0,89	-1,54	0,126
Psicoticismo	0,39	0,50	-1,55	0,122
IGS	0,52	0,63	-1,70	0,091

1.3 – Relação entre a residência habitual e a sintomatologia psicopatológica

Foi utilizado o teste de *t de Student* para comparar os sintomas psicopatológicos em função da residência habitual. Os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com residência urbana e os indivíduos com residência rural, conforme se pode observar no Quadro 4.

Quadro 4

Comparação das médias no BSI (subescalas e índices globais) em função da residência

	Urbana	Rural	<i>t</i>	<i>p</i>
Somatização	0,42	0,63	-1,21	0,239
Obsessões-Compulsões	0,87	0,96	-0,54	0,592
Sensibilidade Interpessoal	0,63	0,79	-0,92	0,356
Depressão	0,62	0,74	-0,67	0,504

Ansiedade	0,63	0,80	-1,16	0,245
Hostilidade	0,58	0,62	-0,31	0,758
Ansiedade Fóbica	0,30	0,33	-0,18	0,858
Ideação Paranóide	0,83	0,94	-0,65	0,517
Psicoticismo	0,45	0,51	-0,38	0,705
IGS	0,58	0,68	-0,79	0,433

1.4 – Relação entre o estado civil e a sintomatologia psicopatológica

Para explorar o impacto dos sintomas psicopatológicos no estado civil procedeu-se à realização da ANOVA. Devido ao grupo dos viúvos ser muito pequeno ($n = 6$), foi criada uma nova variável juntando o grupo dos viúvos com os separados ou divorciados. O Quadro 5 apresenta as médias nas diferentes subescalas dos sintomas psicopatológicos (BSI) em função do estado civil. No Quadro 6 é possível observar as diferenças estaticamente significativas.

Quadro 5

Médias dos sintomas psicopatológicos em função do estado civil

	Casados ou		Separados ou
	Solteiros	vivendo como tal	Divorciados e Viúvos
Somatização	0,43	0,42	0,53
Obsessões-Compulsões	1,02	0,78	0,98
Sensibilidade Interpessoal	0,79	0,53	0,72
Depressão	0,84	0,49	0,80
Ansiedade	0,73	0,58	0,73
Hostilidade	0,71	0,51	0,59
Ansiedade Fóbica	0,38	0,26	0,36
Ideação Paranóide	0,84	0,81	0,98
Psicoticismo	0,60	0,35	0,59
IGS	0,69	0,51	0,68

Quadro 6*Análise de variância dos sintomas psicopatológicos em função do estado civil*

		Soma dos	Quadrados			
		Quadrados	Médios	gl	F	p
Somatização	Entre os grupos	0,40	0,20	2	0,72	0,489
	Nos grupos	89,86	0,28	322		
	Total	90,26		324		
Obsessões-Compulsões	Entre os grupos	4,19	2,10	2	5,09	0,007
	Nos grupos	136,47	0,41	331		
	Total	140,66		333		
Sensibilidade Interpessoal	Entre os grupos	4,68	2,34	2	4,63	0,010
	Nos grupos	167,40	0,50	331		
	Total	172,08		333		
Depressão	Entre os grupos	8,92	4,47	2	9,07	0,000
	Nos grupos	161,33	0,49	328		
	Total	170,25		330		
Ansiedade	Entre os grupos	1,97	0,98	2	2,56	0,079
	Nos grupos	126,53	0,39	329		
	Total	128,49		331		
Hostilidade	Entre os grupos	2,80	1,40	2	4,00	0,019
	Nos grupos	115,63	0,35	330		
	Total	118,43		332		
Ansiedade Fóbica	Entre os grupos	1,21	0,61	2	2,13	0,120
	Nos grupos	92,71	0,28	327		
	Total	93,92		329		
Ideação Paranóide	Entre os grupos	0,87	0,43	2	0,83	0,43
	Nos grupos	173,72	0,52	332		
	Total	174,58		334		
Psicoticismo	Entre os grupos	4,71	2,36	2	6,56	0,002
	Nos grupos	118,52	0,36	330		
	Total	123,23		332		
IGS	Entre os grupos	2,43	1,21	2	4,59	0,011
	Nos grupos	81,25	0,27	307		
	Total	83,68		309		

Nos casos em que os resultados da análise de variância ou ANOVA foram estatisticamente significativos, procedemos à comparação múltipla de médias. No Quadro 7 apresentam-se apenas as comparações que deram lugar a diferenças significativas.

Quadro 7

Comparação múltipla de médias, com o teste Tuckey HSD, dos sintomas psicopatológicos em função do estado civil

	Estado Civil (I)	Estado Civil (J)	Diferença Média (I-J)	<i>p</i>
Obsessões-Compulsões	Solteiro	Casado	0,24	0,008
Sensibilidade Interpessoal	Solteiro	Casado	0,26	0,010
Depressão	Solteiro	Casado	0,34	0,000
	Viúvo ou Separado	Casado	0,30	0,050
Hostilidade	Solteiro	Casado	0,20	0,014
Psicoticismo	Solteiro	Casado	0,24	0,003
IGS	Solteiro	Casado	0,18	0,014

1.5 – Relação entre as habilitações literárias e a sintomatologia psicopatológica

Para explorar a relação entre as habilitações literárias e os sintomas psicopatológicos avaliados pelas subescalas do BSI, bem como com o IGS, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. O Quadro 8 apresenta as correlações observadas.

Quadro 8

Correlações entre as habilitações literárias e os sintomas psicopatológicos (BSI)

	<i>r</i>	<i>p</i>
Somatização	-0,22	0,000
Obsessões-Compulsões	-0,06	0,314
Sensibilidade Interpessoal	-0,05	0,379
Depressão	-0,02	0,687
Ansiedade	-0,01	0,822
Hostilidade	-0,05	0,354
Ansiedade Fóbica	-0,13	0,020
Ideação Paranóide	-0,09	0,094
Psicoticismo	-0,08	0,144
IGS	-0,10	0,091

1.6 – Relação entre a situação laboral e a sintomatologia psicopatológica

De forma a explorar o impacto da situação laboral relativamente aos sintomas psicopatológicos foi efectuada uma análise de variância. Devido ao grupo das donas de casa ser muito pequeno ($n = 3$), foi criada uma nova variável juntando o grupo das donas de casa com os reformados. A análise revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos integrantes da situação laboral e as escalas dos sintomas psicopatológicos. No Quadro 9 são apresentadas as estatísticas descritivas e no Quadro 10 os resultados da análise de variância.

Quadro 9

Médias dos sintomas psicopatológicos em função da situação laboral

	Empregado	Desempregado	Reformado	Estudante
Somatização	0,42	0,44	0,69	0,40
Obsessões-Compulsões	0,84	0,97	1,03	1,04
Sensibilidade Interpessoal	0,61	0,71	0,63	0,74
Depressão	0,59	0,86	0,60	0,80
Ansiedade	0,62	0,66	0,75	0,77
Hostilidade	0,55	0,76	0,47	0,79
Ansiedade Fóbica	0,26	0,44	0,47	0,45
Ideação Paranoíde	0,86	0,74	0,88	0,75
Psicoticismo	0,43	0,53	0,48	0,61
IGS	0,56	0,62	0,68	0,75

Quadro 10*Análise de variância dos sintomas psicopatológicos em função da situação laboral*

		Soma dos	Quadrados			
		Quadrados	Médios	gl	F	p
Somatização	Entre os grupos	1,28	0,43	3	1,54	0,204
	Nos grupos	89,00	0,28	322		
	Total	90,28		325		
Obsessões-Compulsões	Entre os grupos	1,75	0,58	3	1,39	0,247
	Nos grupos	139,53	0,42	331		
	Total	141,29		334		
Sensibilidade Interpessoal	Entre os grupos	0,56	0,19	3	0,36	0,781
	Nos grupos	171,89	0,52	331		
	Total	172,46		334		
Depressão	Entre os grupos	2,65	0,88	3	1,72	0,162
	Nos grupos	168,35	0,51	328		
	Total	171,00		331		
Ansiedade	Entre os grupos	0,92	0,31	3	0,79	0,498
	Nos grupos	127,59	0,39	329		
	Total	128,52		332		
Hostilidade	Entre os grupos	2,62	0,87	3	2,44	0,064
	Nos grupos	117,83	0,36	330		
	Total	120,45		333		
Ansiedade Fóbica	Entre os grupos	2,09	0,70	3	2,48	0,061
	Nos grupos	91,93	0,28	327		
	Total	94,02		330		
Ideação Paranóide	Entre os grupos	0,66	0,22	3	0,41	0,743
	Nos grupos	175,27	0,53	332		
	Total	175,93		335		
Psicoticismo	Entre os grupos	0,97	0,32	3	0,88	0,456
	Nos grupos	122,81	0,37	330		
	Total	123,79		333		
IGS	Entre os grupos	1,07	0,36	3	1,32	0,269
	Nos grupos	82,91	0,27	307		
	Total	83,98		310		

1.7 – Relação entre a situação económica e a sintomatologia psicopatológica

No sentido de explorar o impacto da situação económica em função dos sintomas psicopatológicos foi utilizado o coeficiente de correlação de *pearson*. Os resultados das correlações são apresentados no Quadro 11.

Quadro 11

Correlações entre a situação económica e os sintomas psicopatológicos (BSI)

	<i>r</i>	<i>p</i>
Somatização	0,17	0,001
Obsessões-Compulsões	0,25	0,000
Sensibilidade Interpessoal	0,14	0,010
Depressão	0,18	0,001
Ansiedade	0,21	0,000
Hostilidade	0,19	0,000
Ansiedade Fóbica	0,23	0,000
Ideação Paranóide	0,16	0,002
Psicoticismo	0,22	0,000
IGS	0,23	0,000

1.8 – Relação entre o agregado familiar e a sintomatologia psicopatológica

No que concerne ao agregado familiar utilizou-se a ANOVA para verificar o efeito desta variável nos sintomas psicopatológicos. No Quadro 12 estão presentes os resultados das médias. Os valores da análise de variância nas diferentes escalas dos sintomas psicopatológicos (BSI) em função do agregado familiar são apresentados no Quadro 13.

Quadro 12

Médias dos sintomas psicopatológicos em função do agregado familiar

	Vive só	Vive com o conjugue	Vive com o conjugue e terceiros	Vive com terceiros	Vive com os pais	Outro
Somatização	0,41	0,43	0,41	0,47	0,47	0,49
Obsessões-Compulsões	0,98	0,77	0,80	1,04	0,99	1,10
Sensibilidade Interpessoal	0,76	0,55	0,56	0,74	0,73	0,84
Depressão	0,85	0,42	0,56	0,77	0,79	1,08
Ansiedade	0,73	0,55	0,59	0,71	0,77	0,81
Hostilidade	0,55	0,48	0,54	0,57	0,76	0,91
Ansiedade Fóbica	0,26	0,26	0,25	0,45	0,44	0,41
Ideação Paranóide	0,95	0,79	0,85	0,77	0,84	0,86
Psicoticismo	0,53	0,36	0,34	0,56	0,64	0,76
IGS	0,60	0,50	0,53	0,69	0,74	0,77

Quadro 13

Análise de variância dos sintomas psicopatológicos em função do agregado familiar

		Soma dos Quadrados	Quadrados Médios	gl	F	p
Somatização	Entre os grupos	0,21	0,04	5	0,15	0,980
	Nos grupos	89,86	0,28	318		
	Total	90,07		323		
Obsessões-Compulsões	Entre os grupos	4,71	0,94	5	2,27	0,048
	Nos grupos	135,93	0,41	327		
	Total	140,65		332		
Sensibilidade Interpessoal	Entre os grupos	3,74	0,75	5	1,46	0,203
	Nos grupos	167,94	0,51	327		
	Total	171,68		332		
Depressão	Entre os grupos	12,93	2,59	5	5,34	0,000
	Nos grupos	156,92	0,48	324		
	Total	169,85		329		
Ansiedade	Entre os grupos	2,81	0,56	5	1,46	0,204
	Nos grupos	125,28	0,39	325		
	Total	128,08		330		
Hostilidade	Entre os grupos	5,34	1,07	5	3,08	0,010
	Nos grupos	112,96	0,35	326		
	Total	118,29		331		

Ansiedade Fóbica	Entre os grupos	2,04	0,41	5	1,44	0,211
	Nos grupos	91,79	0,28	323		
	Total	93,83		328		
Ideação Paranóide	Entre os grupos	0,92	0,18	5	0,35	0,884
	Nos grupos	173,26	0,53	328		
	Total	174,17		333		
Psicoticismo	Entre os grupos	6,44	1,29	5	3,60	0,003
	Nos grupos	116,59	0,36	326		
	Total	123,02		331		
IGS	Entre os grupos	3,04	0,61	5	2,29	0,046
	Nos grupos	80,45	0,27	303		
	Total	83,49		308		

Nos casos em que os resultados da análise de variância ou ANOVA foram estatisticamente significativos, procedemos à comparação múltipla de médias. No Quadro 14 apresentam-se apenas as comparações que deram lugar a diferenças significativas.

Quadro 14

Comparação múltipla de médias, com o teste Tuckey HSD, dos sintomas psicopatológicos em função do agregado familiar

	Agregado Familiar (I)	Agregado Familiar (J)	Diferença Média (I-J)	p
Depressão	Vive com o cônjuge	Vive só	-0,42	0,017
		Vive com os pais	-0,36	0,040
		Outro	-0,66	0,001
	Vive com o cônjuge e terceiros	Outro	-0,52	0,018
Hostilidade	Vive com cônjuge	Outro	-0,43	0,018
Psicoticismo	Vive com cônjuge	Outro	-0,40	0,039
	Vive com cônjuge e terceiros	Outro	-0,42	0,029

1.9 – Relação entre a parentalidade e a sintomatologia psicopatológica

No sentido de comparar a variável ter ou não ter filhos e os sintomas psicopatológicos foi utilizado o teste de *t de Student*, sendo os resultados apresentados no Quadro 15.

Quadro 15

Comparação das médias no BSI (subescalas e índice global) em função de ter ou não ter filhos

	Sem filhos	Com filhos	<i>t</i>	<i>p</i>
Somatização	0,45	0,42	0,46	0,644
Obsessões-Compulsões	1,02	0,78	3,16	0,002
Sensibilidade Interpessoal	0,76	0,55	2,48	0,014
Depressão	0,77	0,54	2,79	0,006
Ansiedade	0,75	0,56	2,49	0,013
Hostilidade	0,67	0,52	2,23	0,026
Ansiedade Fóbica	0,40	0,24	2,53	0,012
Ideação Paranóide	0,83	0,84	-0,17	0,864
Psicoticismo	0,58	0,37	2,83	0,005
IGS	0,69	0,51	2,78	0,006

1.10 – Relação com o número de filhos e a sintomatologia psicopatológica

De forma a explorar o impacto do número de filhos em função dos sintomas psicopatológicos foi realizada a ANOVA. Devido ao grupo de indivíduos com 4 filhos ser muito pequeno ($n = 1$), foi criada uma nova variável juntando o grupo dos indivíduos com 4 filhos ao grupo dos indivíduos com 3 filhos. A análise de variância revelou que não existem diferenças estatisticamente significativas nas nove dimensões dos sintomas psicopatológicos em função do número de filhos. O Quadro 16 apresenta as respectivas médias da estatística descritiva e no Quadro 17 os resultados da análise de variância.

Quadro 16

Médias dos sintomas psicopatológicos em função do número de filhos

	1	2	3
Somatização	0,41	0,43	0,47
Obsessões-Compulsões	0,76	0,81	0,76
Sensibilidade Interpessoal	0,58	0,55	0,40
Depressão	0,58	0,50	0,50
Ansiedade	0,54	0,60	0,50
Hostilidade	0,57	0,50	0,39
Ansiedade Fóbica	0,23	0,28	0,11

Ideação Paranóide	0,87	0,83	0,75
Psicoticismo	0,42	0,34	0,28
IGS	0,53	0,51	0,45

Quadro 17

Análise de variância dos sintomas psicopatológicos em função do número de filhos

		Soma dos Quadrados	Quadrados Médios	gl	F	p
Somatização	Entre os grupos	0,61	0,03	2	0,12	0,887
	Nos grupos	48,99	0,25	193		
	Total	49,06		195		
Obsessões-Compulsões	Entre os grupos	0,12	0,06	2	0,18	0,835
	Nos grupos	66,36	0,33	201		
	Total	66,47		203		
Sensibilidade Interpessoal	Entre os grupos	0,50	0,25	2	0,66	0,518
	Nos grupos	75,42	0,38	200		
	Total	75,92		202		
Depressão	Entre os grupos	0,29	0,15	2	0,39	0,678
	Nos grupos	75,23	0,38	199		
	Total	75,52		201		
Ansiedade	Entre os grupos	0,24	0,12	2	0,42	0,658
	Nos grupos	57,55	0,29	200		
	Total	57,79		202		
Hostilidade	Entre os grupos	0,55	0,28	2	0,87	0,423
	Nos grupos	64,27	0,32	201		
	Total	64,83		203		
Ansiedade Fóbica	Entre os grupos	0,42	0,21	2	1,39	0,251
	Nos grupos	29,59	0,15	198		
	Total	30,02		200		
Ideação Paranóide	Entre os grupos	0,23	0,12	2	0,23	0,792
	Nos grupos	98,75	0,49	201		
	Total	98,98		203		
Psicoticismo	Entre os grupos	0,42	0,21	2	0,83	0,440
	Nos grupos	51,24	0,26	201		
	Total	51,66		203		
IGS	Entre os grupos	0,10	0,05	2	0,27	0,767
	Nos grupos	36,23	0,20	185		
	Total	36,33		187		

2 – Relação entre as variáveis socio-demográficas e os sintomas psicopatológicos:

Análise multivariada

No seguimento de investigar o primeiro objectivo principal deste estudo, e após a realização de uma análise variável a variável, tendo em conta que as variáveis socio-demográficas estão muitas vezes correlacionadas (por ex., o estado civil está relacionado com o agregado familiar ou com o ter ou não filhos), avançou-se para uma segunda etapa. Nesta, foi utilizada uma técnica de análise multivariada, ou regressão linear múltipla, para verificar as variáveis que melhor permitem prever a ocorrência de sintomatologia psicopatológica. Para a técnica de análise multivariada, considerou-se pertinente seleccionar, entre as subescalas dos sintomas psicopatológicos (BSI), especificamente a depressão e a ansiedade; e ainda o índice geral de sintomas (IGS) pertencente aos índices globais, tendo em conta o que foi encontrado e descrito na literatura.

Relativamente às variáveis socio-demográficas, foram escolhidas as que apresentaram valores estaticamente significativos nas análises efectuadas anteriormente. As variáveis respeitantes ao estado civil e ao agregado familiar, pelo facto de se constituírem como variáveis categoriais, surgiu a necessidade de serem dicotomizadas. No caso do estado civil, considerou-se apenas a oposição entre “casado” e todas as outras situações. A escolha da variável casado prende-se com o facto de ter obtido resultados mais significativos nas análises acima comparativamente aos restantes grupos. A dicotomização do agregado familiar obteve-se através do agrupamento das duas classes que apareciam relacionadas com uma menor sintomatologia (vive como cônjuge, vive com o cônjuge e terceiros) por oposição a outras situações.

As restantes variáveis são consideradas como contínuas (idade, habilitações literárias e satisfação económica) ou dicotómicas (sexo e número de filhos), revelando legibilidade para a análise de regressão linear múltipla.

2.1 – Relação entre as variáveis socio-demográficas e o índice geral de sintomas

Para explorar a relação entre o índice geral de sintomas e as variáveis socio-demográficas utilizou-se a regressão linear múltipla com o método backward. É pertinente salientar que a variável dicotómica casado está fortemente correlacionada ($r = 0,94$) com a variável agregado familiar após dicotomização (implicando, como vimos, o agrupamento das duas classes viver com o cônjuge e viver com cônjuge e terceiros). Além disso verificou-se que os resultados da análise eram muito semelhantes, *mutatis mutandis*, quando se incluía uma ou outra destas

variáveis entre as variáveis independentes. Para facilitar a comparação com os resultados de outros estudos, que privilegiam geralmente a variável estado civil, optou-se por incluir apenas a variável “casado”. Utilizando a regressão linear múltipla com o método backward, após três passos foi obtido o modelo que se apresenta no Quadro 18.

Quadro 18

Regressão linear múltipla, com o método backward, entre o IGS e as variáveis socio-demográficas

	<i>B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Género	0,14	0,14	2,46	0,014
Habilitações Literárias	-0,07	-0,15	-2,56	0,011
Situação Económica	0,18	0,21	3,91	0,000
Ter ou não ter filhos	-0,21	-0,20	-3,52	0,000

$R^2 = 0,11$

2.2 – Relação entre as variáveis socio-demográficas e a depressão

No sentido de explorar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a depressão, utilizou-se a regressão linear múltipla com o método backward. Após quatro passos foi obtido o modelo que se apresenta no Quadro 19.

Quadro 19

Regressão linear múltipla, com o método backward, entre a depressão e as variáveis socio-demográficas

	<i>B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Género	0,17	0,11	2,14	0,033
Situação Económica	0,18	0,16	2,97	0,003
Casado	-0,30	-0,21	-3,84	0,000

$R^2 = 0,09$

2.3 – Relação entre as variáveis socio-demográficas e a ansiedade

No sentido de explorar a relação entre as variáveis socio-demográficas e a ansiedade, utilizou-se a regressão linear múltipla com o método backward. Após quatro passos foi obtido o modelo que se apresenta no Quadro 20.

Quadro 20

Regressão linear múltipla, com o método backward, entre a ansiedade e as variáveis socio-demográficas

	<i>B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Género	0,23	0,18	3,33	0,001
Situação Económica	0,21	0,22	4,06	0,000
Ter ou não ter Filhos	-0,18	-0,14	-2,64	0,009

$R^2 = 0,10$

3 – Impacto da resiliência na relação entre as variáveis socio-demográficas e sintomatologia psicopatológica

Num segundo momento, com o propósito de verificar o segundo objectivo principal da investigação e a hipótese estabelecida, mais concretamente com o intuito de explorar o papel da resiliência na relação dos sintomas psicopatológicos e as variáveis socio-demográficas, incluiu-se a variável resiliência como preditora.

3.1 – Impacto da resiliência na relação entre as variáveis socio-demográficas e o índice geral de sintomas

A resiliência avaliada pelo CD-RISC apresenta uma correlação negativa ($r = -0,28$, $p = 0,000$) com o índice geral de sintomas avaliado pelo BSI. Para estudar o eventual efeito mediador da resiliência começámos por calcular as correlações entre as variáveis socio-demográficas relevantes e a resiliência onde apenas a variável ter ou não ter filhos apresenta uma correlação positiva, conforme se pode observar pelo Quadro 21.

Quadro 21

Correlações entre variáveis socio-demográficas e a resiliência

	<i>r</i>	<i>p</i>
Género	0,09	0,108
Habilitações Literárias	0,10	0,079
Situação Económica	-0,10	0,082
Ter ou não ter filhos	0,16	0,004

No caso onde se encontrou uma correlação significativa, fez-se uma análise de regressão linear múltipla introduzindo a variável ter ou não ter filhos e a resiliência como variáveis independentes, e o índice geral de sintomas como variável dependente. Os resultados são apresentados no Quadro 22.

Quadro 22

Regressão linear múltipla, com o método enter, entre o IGS, a variável socio-demográfica filhos e a resiliência

	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Ter ou não ter filhos	-0,14	-0,13	-2,36	0,019
Resiliência	-0,01	-0,26	-4,81	0,000

$R^2 = 0,09$

3.2 – Impacto da resiliência na relação entre as variáveis socio-demográficas e a depressão

A resiliência avaliada pelo CD-RISC apresenta uma correlação negativa moderada ($r = -0,41$, $p = < 0,001$) com a sintomatologia da depressão avaliada pelo BSI. Para estudar a eventual hipótese de mediação da resiliência, começámos por calcular os efeitos entre as variáveis socio-demográficas relevantes e a resiliência onde apenas a variável casado apresenta uma correlação positiva ($r = 0,16$; $p = 0,004$), contrariamente ao género ($r = 0,09$; $p = 0,108$) e à situação económica ($r = -0,10$; $p = 0,082$) onde não se verificou correlação.

No caso onde se encontrou uma correlação significativa, fez-se uma análise de regressão linear múltipla introduzindo a variável casado e a resiliência como variáveis independentes, e a depressão como variável dependente. Os resultados são apresentados no Quadro 23.

Quadro 23

Regressão linear múltipla, com o método enter, entre a depressão, a variável casado e a resiliência

	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Casado	-0,24	-0,16	-3,28	0,001
Resiliência	-0,02	-0,39	-7,74	0,000

$R^2 = 0,20$

3.3 – Impacto da resiliência na relação entre as variáveis socio-demográficas e a ansiedade

A resiliência avaliada pelo CD-RISC apresenta uma correlação negativa ($r = -0,27$, $p = 0,000$) com a sintomatologia da ansiedade avaliada pelo BSI. Para estudar o eventual efeito mediador da resiliência começámos por calcular os efeitos entre as variáveis socio-demográficas relevantes e a resiliência onde apenas a variável ter filhos apresenta uma correlação positiva ($r = 0,16$; $p = 0,004$), contrariamente ao género ($r = 0,09$; $p = 0,108$) e à situação económica ($r = -0,10$; $p = 0,082$) onde não se verificou correlação.

No caso onde se encontrou uma correlação significativa, utilizou-se uma análise de regressão linear múltipla introduzindo a variável ter ou não ter filhos e a resiliência como variáveis independentes, e a ansiedade como variável dependente. Os resultados são apresentados no Quadro 24.

Quadro 24

Regressão linear múltipla, com o método enter, entre a ansiedade, a variável ter ou não ter filhos e a resiliência

	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Ter ou não ter filhos	-0,13	-0,10	-1,96	0,051
Resiliência	-0,01	-0,26	-4,81	0,000

$R^2 = 0,09$

Capítulo V – Discussão dos Resultados

O primeiro principal objectivo deste estudo foi investigar a relação entre as variáveis socio-demográficas e a sintomatologia psicopatológica. Pretende assim contribuir para um melhor entendimento da sintomatologia psicopatológica na relação com diversas variáveis socio-demográficas em populações adultas, especificamente na população portuguesa em geral.

De um modo global relativamente à análise dos resultados da relação dos sintomas psicopatológicos e as variáveis socio-demográficas foram encontradas relações estatisticamente significativas para as variáveis idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação económica, agregado familiar e ter ou não ter filhos (parentalidade). As variáveis socio-demográficas respeitantes à residência habitual, situação laboral e o número de filhos não foram encontrados resultados estatisticamente significativos.

Particularmente, no que diz respeito à idade foi encontrada uma correlação negativa muito fraca com a depressão, a hostilidade e o psicoticismo: à medida que a idade aumenta a depressão, hostilidade e o psicoticismo diminuem. A somatização apresenta uma correlação positiva muito fraca, o que significa que quanto maior for idade, maior é a somatização. Estes resultados estão de acordo com o referido na literatura relativamente ao psicoticismo e à somatização (Poulton et al., 2001; cit. por Verdoux & van Os, 2002; George et al., 1988; cit. por Erskine et. al, 2007; Iglesia et al., 2016). No entanto relativamente à depressão a literatura não é coerente, encontrando-se investigações com resultados idênticos (Alver, 2011; Erskine et. al, 2007) e outras com resultados no sentido contrário (Oliveira et. al, 2006; Chen et al., 2012; Skapinakis et. al, 2013).

No que concerne ao género, verificou-se que as mulheres apresentam mais sintomatologia ao nível da somatização, obsessões-compulsões e ansiedade comparativamente aos homens. A depressão apresenta também diferenças no mesmo sentido embora ligeiramente acima do limite de significância ($p = 0,053$). Na literatura encontrada os homens apresentam menos sintomas psicopatológicos do que as mulheres na depressão (Daig et al., 2009; Kessler, 2003; Kim et al., 2016; Knudson-Martin, 2000; Nolen-Hoeksema, 1995; Piccinelli & Wilkinson, 2000; Skapinakis et al., 2013; Urban et., al, 2014; Weissman & Klerman, 1977), na ansiedade (Daig et al., 2009; Skapinakis et al., 2013; Twenge, 2000; WHO, 2017) e na somatização (Iglesia et al., 2016; Urban et al., 2014), não sendo no entanto encontradas referências de autores relativamente às obsessões-compulsões. No que diz respeito ao psicoticismo, a diferença vai no mesmo sentido embora não seja estatisticamente significativa.

Estes resultados não confirmam portanto as indicações que se encontram na literatura (Iglesia et al., 2016; Urban et al., 2014), referindo que os homens apresentam um nível de psicoticismo mais elevado comparativamente às mulheres.

Quanto à relação entre os sintomas psicopatológicos e a residência habitual (urbana vs. rural) não se verificaram resultados estaticamente significativos, assim como não foi obtida qualquer referência na literatura consultada acerca desta relação.

Relativamente à relação entre as habilitações literárias e a sintomatologia psicopatológica, recorremos ao coeficiente de correlação de pearson. Foi encontrada uma correlação negativa fraca com a somatização e uma correlação negativa muito fraca com a ansiedade fóbica, apontando para quanto maior for o nível de ensino menor é a somatização e a ansiedade fóbica. No entanto os nossos resultados não permitem confirmar as indicações da literatura sobre a relação entre o nível de habilitações literárias e a depressão (Mondi et al., 2017; Skapinakis et al., 2013) ou a ansiedade (Bayram & Bigel, 2008). Nas dimensões onde se observaram resultados significativos não foram encontradas referências na literatura consultada.

Para estudar a relação entre a situação laboral e a sintomatologia, recorremos à análise de variância. A estatística relativa ao efeito global não foi significativa em nenhum caso. Estes resultados não confirmam, portanto, as indicações da literatura onde se verificam relações estatisticamente significativas, nomeadamente na depressão, ansiedade e somatização (Dimas et al., 2013; Skapinakis et al., 2013; Twenge, 2000). Mossakowski (2009; cit. por Dimas et al., 2013) refere que o desemprego de longa duração é um factor preditor na duração dos sintomas de depressão.

No que concerne à relação entre os sintomas psicopatológicos e a situação económica, é possível constatar correlações positivas muito fracas e fracas em todas as nove dimensões dos sintomas psicopatológicos e no índice geral de sintomas, avaliados pelo BSI. Podemos então afirmar que quanto pior o individuo percepçiona a sua situação económica, mais sintomatologia psicopatológica apresenta. É de salientar que a variável situação económica foi cotada de forma inversa, em que os valores mais altos correspondem a uma situação nada satisfatória e os valores mais baixos a uma situação muito satisfatória. Estas observações corroboram a literatura científica (Alver, 2011; (Aragona et al., 2015; Mondí et al., 2017; Twenge, 2000) no respeitante à depressão, ansiedade e somatização.

Para a análise da relação entre os sintomas psicopatológicos e o estado civil recorremos à análise de variância seguida por uma comparação múltipla de médias nos casos em que a estatística global era significativa. As comparações significativas são quase todas entre os

solteiros e os casados: os casados apresentam menos sintomas psicopatológicos, especificamente ao nível da sensibilidade interpessoal, obsessões-compulsões, depressão, hostilidade, psicoticismo e índice geral de sintomas. No caso da depressão encontrou-se uma diferença no mesmo sentido na comparação entre casados e viúvos ou divorciados. Os resultados observados referentes à depressão vão de encontro a alguns estudos (Alver, 2011; Piccinelli & Wilkinson, 2000). De acordo com o descrito por Skapinakis e colaboradores (2013), os indivíduos separados e viúvos apresentam mais sintomas depressivos relativamente aos casados. Contudo existem estudos divergentes (Kessler, 2013; Weissman & Klerman, 1977) que concluem que os casados apresentam maior sintomatologia depressiva comparativamente aos solteiros, divorciados e viúvos. Quanto à sensibilidade interpessoal, obsessões-compulsões, hostilidade, psicoticismo e índice geral de sintomas não foram averiguadas referências na literatura consultada.

Relativamente à relação entre a composição do agregado familiar e a sintomatologia psicopatológica, recorreremos à análise de variância seguida por uma comparação múltipla de médias nos casos em que a estatística global era significativa. Os resultados apontam para que a categoria vive com o cônjuge apresenta menor depressão comparativamente às categorias vive só, vive com os pais e “outro”; assim como a categoria vive com o cônjuge e terceiros revela menor depressão comparativamente a “outro”. Vive com o cônjuge apresenta ainda menores sintomas de hostilidade e psicoticismo relativamente à categoria “outro”. “Vive com o cônjuge e terceiros” também apresenta menos psicoticismo do que a categoria outro. Na literatura alguns autores (Alver, 2011; Knudson-Martin, 2000; Mondy et. al, 2017) referem que o agregado familiar constitui um factor preditor de maior depressão. Na literatura consultada não se apura de forma tão precisa ou minuciosa resultados tal e qual como os apresentados neste estudo, embora se mencione a existência de uma relação.

É importante ter em conta que, como é óbvio e foi mencionado na análise de resultados, há uma forte correlação entre estar casado e viver com o cônjuge, uma vez que 95,6% dos indivíduos que vivem com o cônjuge referem que são casados. Portanto os resultados da análise das variações em função do estado civil que sugerem que o facto de estar casado é um factor protector relativamente à ocorrência de sintomatologia são convergentes com esta análise do agregado familiar. No entanto, não se trata propriamente de uma convergência total já que, dentre os casados, 52% declaram efectivamente que vivem com o cônjuge, mas também há uma percentagem importante (47,4%) que diz que vive com o cônjuge e terceiros.

A análise da relação entre a variável ter ou não ter filhos e os sintomas psicopatológicos revelam diferenças significativas. Constatou-se que os indivíduos sem filhos apresentam mais

sintomas ao nível das obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, psicoticismo e do índice geral de sintomas, em comparação aos indivíduos com filhos. Na literatura consultada não conseguimos encontrar referências específicas que expliquem estes resultados. Tal como acontece com o facto de estar casado e viver com o cônjuge, apesar de não se verificar uma convergência tão grande, a maior parte dos indivíduos que têm filhos referem estar casados (80%).

Assim, os resultados do estado civil, agregado familiar e o facto de ter ou não ter filhos, convergem todos na mesma direcção. Por outras palavras, apesar de estarmos a falar de categorias diferentes, a conclusão das três variáveis socio-demográficas apresenta uma concordância comum nos resultados. Importa então referir que estar casado, viver com o cônjuge e ter filhos é protector da sintomatologia psicopatológica.

Quanto à relação entre o número de filhos e a sintomatologia psicopatológica não foram encontrados resultados significativos. Tal como acontece relativamente aos indivíduos sem filhos e os indivíduos com filhos, também não se constatarem evidências na literatura consultada concernentes ao número de filhos.

Posteriormente, e ainda no seguimento de verificar primeiro objectivo principal, utilizou-se a análise de regressão linear múltipla para considerar em conjunto a influência das variáveis socio-demográficas, especificamente para o índice geral dos sintomas, a depressão e a ansiedade. Para esse efeito as variáveis categoriais com mais de duas categorias tiveram de ser dicotomizadas.

No respeitante à relação entre as variáveis socio-demográficas e o índice geral de sintomas (IGS), as variáveis relativas ao género, habilitações literárias, situação económica e parentalidade (ter ou não ter filhos) são preditoras do valor do IGS: o facto de ser mulher, de ter menos habilitações literárias, de ter uma situação económica percecionada como menos satisfatória e de não ter filhos prediz um valor mais elevado do IGS. Na literatura consultada não foi encontrada nenhuma referência específica acerca desta relação. No entanto encontrámos relações neste sentido a propósito de várias entidades específicas (por ex. a depressão).

No que concerne à relação entre as variáveis socio-demográficas e a depressão, apenas as variáveis género, situação económica e estar casado são preditoras da depressão: o facto de ser mulher, de ter uma situação económica percecionada como menos satisfatória e de não estar casado prediz um valor mais elevado de depressão. Tal como referido na primeira etapa, na literatura encontram-se muitos estudos que verificaram relações significativas ao nível do género (Daig et al., 2009; Kessler, 2003; Kim et al., 2016; Knudson-Martin, 2000; Nolen-

Hoeksema, 1995; Piccinelli & Wilkinson, 2000; Skapinakis et al., 2013; Urban et al., 2014; Weissman & Klerman, 1977), situação económica (Alver, 2011; Mondí et al., 2017) e estar casado (Skapinakis et al., 2013; Kessler, 2003; Weissman & Klerman, 1977).

Relativamente à relação entre as variáveis socio-demográficas e a ansiedade, são as variáveis ligadas ao género, à situação económica e à parentalidade (ter ou não ter filhos) que demonstram ser preditoras do valor da ansiedade, sendo que o facto de ser mulher, de ter uma situação económica percecionada como menos satisfatória e de não ter filhos prediz um valor mais elevado de ansiedade. Estes resultados vão de encontro ao descrito na literatura, tal como mencionado na primeira etapa relativamente ao género e à situação económica (Daig et al., 2009; Skapinakis et al., 2013; Twenge, 2000; WHO, 2017), à excepção dos filhos onde não foi encontrada literatura de suporte.

Num terceiro momento, foi investigado o segundo objectivo principal deste estudo, mais concretamente explorar o papel da resiliência na relação dos sintomas psicopatológicos e as variáveis socio-demográficas. Deste segundo objectivo nasceu uma hipótese: A resiliência tem um efeito mediador na relação das variáveis socio-demográficas com os sintomas psicopatológicos.

A resiliência apresenta uma correlação negativa fraca com o índice geral de sintomas, o que nos leva a afirmar que quanto maior for o nível de resiliência menor é o índice geral de sintomas. Como vimos, e decorre da própria lógica do construto, tem-se verificado que a resiliência diminui o risco de manifestação de sintomas e do desenvolvimento de doenças mentais (Davydov et al., 2010; Ong et al., 2006).

Das variáveis socio-demográficas correlacionadas com o índice geral de sintomas, apenas o facto de ter filhos apresenta uma correlação positiva fraca com a resiliência, pressupondo que os indivíduos com filhos têm maiores índices de resiliência, e os indivíduos sem filhos têm menores níveis de resiliência. Na literatura consultada não foram encontradas referências acerca desta relação. No entanto, por oposição aos resultados observados neste estudo, o nível de educação tem uma influência na resiliência, não existindo um consenso entre os autores. Davydov e colaboradores (2010) defendem que a baixa escolaridade é um factor de risco para a resiliência, enquanto que Bonanno (2007) refere que níveis de educação mais baixos estão associados a uma maior resiliência, contrariando os resultados de outro estudo realizado pelo mesmo autor (2006). Também na situação económica (Bonanno, 2007) e no género (Hu et al., 2015) se verifica uma relação significativa com a resiliência.

No conjunto da análise das variáveis filhos, resiliência e índice geral de sintomas verifica-se apenas uma mediação parcial, existindo somente uma ligeira diminuição da

variável filhos, e havendo assim um efeito directo que é em parte mediado pela resiliência, mas não totalmente. Ao nível da literatura consultada não se verificam resultados específicos de uma mediação parcial entre a variável filhos e a resiliência.

A análise da relação entre a resiliência e a depressão apresenta uma correlação negativa moderada, constatando que à medida que a resiliência aumenta a depressão diminui. Estas observações corroboram o descrito pela comunidade científica em que a resiliência é preditora de menor depressão (Bonanno, 2007; Carvalho et al., 2016; Hu et al., 2015; Ong et al., 2006).

Das variáveis socio-demográficas correlacionadas com a depressão, género, situação económica e estar casado, apenas a variável estar casado apresenta uma correlação positiva muito fraca com a resiliência, pressupondo que os indivíduos casados têm maiores índices de resiliência. No que concerne ao género e à situação económica, os resultados do presente estudo não permitem confirmar resultados de outras investigações. De acordo com os autores Bonanno (2007) e Hu e colaboradores (2015) existe uma relação significativa entre a resiliência e o género onde as mulheres são detentoras dos níveis mais elevados. No entanto, Carvalho e colaboradores (2016) denotaram uma ausência de diferenças entre homens e mulheres no respeitante à resiliência. A situação económica influencia a resiliência, na medida em que uma situação económica favorável está relacionada com maiores níveis de resiliência e, vice-versa (Bonanno, 2007; Davydov et al., 2010).

No conjunto da análise das variáveis casado, resiliência e depressão, podemos constatar apenas um efeito de mediação parcial uma vez que o efeito da variável estar casado diminui quando é considerada a resiliência. Assim, o efeito protector de estar casado é apenas em parte mediado pela resiliência, não se confirmando assim a hipótese colocada nesta investigação. Na literatura consultada não foram encontradas referências relativas a esta relação.

No que diz respeito à análise da relação entre a resiliência e a ansiedade observou-se uma correlação negativa fraca: à medida que a resiliência aumenta os índices de ansiedade diminuem e, inversamente, quanto menor é a resiliência maior é a ansiedade. De facto, a literatura científica indica que a resiliência é preditora de menor ansiedade (Carvalho et al., 2016; Davydov et al., 2010; Hu et al., 2015; Schäfer et al., 2015).

A variável ter filhos apresenta uma correlação positiva muito fraca. Ou seja, o facto de ter filhos aumenta a resiliência, contrariamente à variável género e situação económica que não revelaram correlações significativas. Os resultados destas duas últimas variáveis contradizem o demonstrado na literatura onde existe uma relação significativa com a resiliência (Bonanno, 2007; Davydov et al., 2010; Hu et al., 2015). Relativamente à variável

ter filhos, na literatura consultada não foram encontradas referências. Contudo, alguns autores referem que as famílias desempenham um papel protector relativamente à resiliência (Truffino, 2010; Fletcher & Sarkar, 2013).

No conjunto da análise das variáveis filhos, resiliência e ansiedade apurou-se um efeito de mediação total, apesar de apenas “tendencialmente significativo” (está ligeiramente acima do limite de significância). O peso da variável filhos tende a desaparecer, perdendo valor quando se introduz a resiliência, constatando assim um efeito de mediação. Podemos então afirmar que a resiliência tem um efeito mediador na relação entre a variável filhos e a ansiedade, confirmando a primeira e única hipótese estabelecida neste estudo. Nas pesquisas efectuadas na literatura científica não encontramos nenhuma referência que suporte este resultado do efeito de mediação entre as três variáveis.

Face ao acima descrito, podemos concluir que o primeiro objectivo primordial proposto foi alcançado, tendo sido assim explorada a relação dos sintomas psicopatológicos e as variáveis socio-demográficas. A idade, o género, as habilitações literárias, a situação económica, o estado civil, o agregado familiar e ter ou não ter filhos (parentalidade), revelaram ter uma relação significativa com os sintomas psicopatológicos. Relativamente à residência habitual, à situação laboral e ao número de filhos não se verificaram evidências de uma relação significativa com a sintomatologia.

O segundo objectivo principal traduziu-se numa hipótese sobre o eventual papel mediador da resiliência entre as variáveis socio-demográficas e a sintomatologia psicopatológica. A hipótese estipulada no seguimento do segundo objectivo foi apenas confirmada na relação entre a variável ter filhos, a resiliência e a ansiedade. Nas restantes relações, verificou-se somente um efeito de mediação parcial, não estando estas evidências contempladas como hipótese, acabando por não se confirmar assim a primeira hipótese na sua totalidade.

De um modo geral, existe uma relação entre a sintomatologia psicopatológica e as variáveis socio-demográficas. A resiliência tem um efeito protector relativamente à ocorrência de sintomatologia psicopatológica. Contudo, nem sempre se verifica que a resiliência é uma variável mediadora na relação entre as características socio-demográficas e a ocorrência de sintomatologia.

Conclusão

Este estudo visou a exploração da relação entre a sintomatologia psicopatológica e diversas variáveis socio-demográficas. A compreensão desta relação é fulcral para uma actuação mais eficaz, nomeadamente do ponto de vista preventivo.

Enquanto que algumas variáveis socio-demográficas exercem influência na redução da sintomatologia psicopatológica, outras fomentam o aparecimento ou aumento de sintomas psicopatológicos. É fundamental entender quais os factores que tendencialmente apresentam uma maior propensão para despoletar sintomatologia psicopatológica, assim como os factores atenuantes.

Considerando alguns resultados obtidos, nomeadamente no que se refere à idade, à medida que esta avança a depressão tende a diminuir. O sexo feminino é o que apresenta índices de depressão e ansiedade mais elevados comparativamente ao masculino. A situação económica é um elevado preditor da sintomatologia psicopatológica, os indivíduos que percebem a sua situação económica como menos favorável apresentam mais sintomatologia.

É ainda pertinente referir que o estado civil, concretamente os indivíduos casados, os indivíduos que vivem com o cônjuge e os indivíduos que têm filhos, apresentam menos níveis de sintomas psicopatológicos, como por exemplo ao nível da depressão e ansiedade. Podemos assim constatar que a família tem um papel de suporte e protector na sintomatologia psicopatológica.

Estas evidências permitem recolha de informação que podem ajudar na construção de um plano de sensibilização e prevenção da sintomatologia psicopatológica, criando uma maior consciencialização através da articulação com equipas multidisciplinares nos diversos sectores da saúde, chegando à população de forma mais eficaz.

A resiliência funciona como um preditor de menos sintomas psicopatológicos, nomeadamente no respeitante ao índice geral de sintomas, à depressão e ansiedade. O reforço das características da resiliência contribui para uma redução dos sintomas psicopatológicos, possibilitando uma maior qualidade de vida e um prognóstico ao nível da saúde mental e física.

A resiliência revelou ser um importante mediador entre o facto de ter filhos e os níveis de ansiedade. Neste sentido, parece relevante explorar os diversos contextos familiares, assim como económico e social, e a influência dos mesmos no desenvolvimento das características da resiliência. Contudo, a resiliência revelou uma ausência de relação com grande parte das variáveis socio-demográficas, tendo estas um impacto independente da resiliência.

As variáveis socio-demográficas contribuem assim para um melhor entendimento da predominância da sintomatologia psicopatológica na população. Apesar da resiliência não exercer um papel influente nas variáveis socio-demográficas, representa um factor de protecção relativamente à ocorrência de sintomatologia psicopatológica, servindo como um aliado da saúde mental. Não obstante, o papel da resiliência não teve o impacto esperado na relação com as variáveis socio-demográficas e a sintomatologia psicopatológica.

Assim, este estudo torna-se relevante e esclarecedor na medida em que, apesar da enorme importância que actualmente se dá ao constructo da resiliência, esta variável não explica todas as relações que se podem observar entre as variáveis socio-demográficas e a sintomatologia psicopatológica.

Como grande vantagem deste estudo, no respeitante à relação entre as variáveis socio-demográficas e a sintomatologia psicopatológica, é importante sublinhar dois aspectos: primeiramente a variedade de dimensões psicopatológicas consideradas; e em segundo, a análise mais complexa e fina do que o habitual, tomando como exemplo não apenas o estado civil como também a composição do agregado familiar, o ter ou não ter filhos, o número de filhos, etc.

Outra vantagem apontada neste estudo, deve-se ao facto de em Portugal existir pouca investigação acerca da sintomatologia psicopatológica e as variáveis socio-demográficas, tal como acerca do tema relativamente recente da resiliência. Tendo em conta a importância e relevância do conjunto destas três variáveis para a saúde, considera-se de extrema pertinência a sua exploração mais alargada e profunda.

Como limitação deste trabalho, é indispensável salientar nomeadamente a natureza da recolha da amostra. Esta foi seleccionada por conveniência, não sendo assim representativa da população geral adulta portuguesa nem se poder fazer generalizações relativas aos resultados revelados neste estudo.

Como perspectiva e proposta de futuro, seria interessante explorar de um modo mais minucioso as relações entre as diversas variáveis, através de uma amostra com maior amplitude e um método de amostragem diferente. Seria útil compreender melhor, enquanto outra sugestão de futuro, como é que certas variáveis socio-demográficas parecem surgir como factores de risco e outras como factores protectores.

Referências Bibliográficas

- Almeida, J. M. C. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Almeida, J. C., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório*. Ed. Universidade Nova Medical School – Faculdade de Ciências Médicas. Disponível em: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Alver, B. (2011). Psychological Symptoms of University Students In Accordance With Sociodemographic Features. *Eurasian Journal of Educational Research*, 43, 1-18.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi
- Angst, R. (2009). Psicologia e Resiliência: Uma revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, 27(58), 253-260.
- Anselmi, L., Barros, F. C., Teodoro, M. L., Piccinini, C. A., Menezes, A. M., Araújo, C. L., & Rhode, L. A. (2008). Continuity of behavioral and emotional problems from pre-school years to pre-adolescence in a developing country. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 499-507. DOI:10.1111/j1469-7610.2007.01865.x.
- Aragona, M., Rovetta, E., Pucci, D., Spoto, J., & Villa, A. M. (2012). Somatization in a primary care service for immigrants. *Ethnicity & Health*, 17(5), 477-491. DOI:10.1080/13557858.2012.661406.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667-672. DOI: 10.1007/s00127-008-0345-x.
- Bekhuis, E., Boschloo, L., Rosmalen, G. M., & Shoenmakers, R. A. (2015). Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 116-122.
- Berrios, G. E. (1984). Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects. *Psychological Medicine*, 14, 303-313.
- Berrios, G. E. (1985). The Psychopathology of affectivity: conceptual and historical aspects. *Psychological Medicine*, 15, 745-75.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *The American*

Psychologist, 59 (1), 20-28. DOI:10.1037/0003-066X.59.1.20.

- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What Predicts Psychological Resilience After Disaster? The Role of Demographics, Resources and Life Stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 671-682
- Brinda, E. M., Rajkumar, A. P., Atterman, J., Gerdtham, U. G., Enemark, U., & Jacob, K. S. (2016). Health, Social, and Economic Variables Associated with Depression among Older People in Low and Middle Income Countries: WHO Study on Global Ageing and Adult Health. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1196-1208.
- Brown, L. F., Kroenke, K., Theobald, D. E., Wu, J., & Tu, W. (2010). The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psycho-Oncology*, 19, 734-741. DOI: 10.1002/pon.1627.
- Burns, R. A., & Anstey, K. J. (2010). The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Testing the invariance of a uni-dimensional resilience measure that is independent of positive and negative affect. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 527-531. DOI:10.1016/j.paid.2009.11.026.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585-599. DOI:10.1016/j.brat.2005.05.001.
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2014). Suicide risk in a Portuguese non-clinical sample of adults. *The European Journal of Psychiatry*, 28(4), 230-241. DOI:10.4321/S0213-61632014000400004.
- Canavarro, M. C. (2007). *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) – Uma revisão critica dos estudos realizados em Portugal*. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Coords.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, I. G., Bertolli, E. S., Paiva, L., Dantas, R. A., & Pompeo, D. A. (2016). Ansiedade, depressão, resiliência e autoestima em indivíduos com doenças cardiovasculares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-10. DOI:http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1405.2836.
- Chen, C., Mullan, J., Su, Y., Griffiths, D. A., Kreis, I., & Chiu, H. (2012). The Longitudinal Relationship between Depression Symptoms and Disability for Older Adults: A population-based study. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 67(5), 1-9. DOI:10.1093/Gerona/gls074.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The

- Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Daig, I., Herschbach, P., Lehmann, A., Knoll, N., & Decker, O. (2009). Gender and age differences in domain-specific life satisfaction and the impact of depressive and anxiety symptoms: a general population survey from Germany. *Quality of Life Research*, 18(6), 669-678. DOI:10.1007/s11136-009-9481-3.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chadieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495. DOI:10.1016/j.cpr.2010.03.003
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Dimas, I. M., Pereira, M. D. & Canavarro, M. C. (2013). Ajustamento psicossocial, ajustamento diádico e resiliência no contexto de desemprego. *Análise Psicológica*, 1(31), 3-16.
- Eaton, W., Anthony, J., Tepper, S., & Dryman, A. (1992). Psychopathology and Attrition in the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *American Journal of Epidemiology*, 135(9), 1051-1059
- Erskine, J. A. K., Kvavilashvili, L., Conway, M. A., & Myers, L. (2007). The effects of age on psychopathology, well-being and repressive coping. *Aging & Mental Health*, 11(4), 394-404. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13607860600963737>
- Faria-Anjos, J., Ribeiro, M. T., & Ribeiro, M. (2011). Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Portuguese Population. *Psychiatric Research*. Manuscrito submetido a publicação.
- Fleming, J., & Ledogar, R. J. (2008). Resilience, an Evolving Concept: A Review of Literature Relevant to Aboriginal Research. *Pimatisiwin*, 6(2), 7-23.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist*, 18(1), 12-23. DOI:10.1027/1016-9040/a000124.
- Fortes, T. F., Portoguez, M. W., & Argimon, I. L. (2009). A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de Psicologia*, 26(4), 455-463. Consultado em Janeiro 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n4/06.pdf>
- Gamma, A., Schleifer, R., Warnke, I., Gross, V., Rössler, W., Angst, J., & Liebrenz, M. (2017). Duration of Absence from Work Is Related to Psychopathology, Personality, and Sociodemographic Variables in a Longitudinal Cohort. *Front Psychiatry*, 8(252), 1-10. DOI:10.3389/fpsy.2017.00252.

- Garcia-Dia, M. J., Dinapoli, J. M., Garcia-Ona, L., Jakubowski, R., & O'Flaherty, D. (2013). Concept Analysis: Resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(6), 264-270.
- Harvey, M. R. (1996). An Ecological View of Psychological Trauma and Trauma Recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 3-23.
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27.
- Iglesia, G., Stover, J. B., Liporace, M. F., & Solano, A. C. (2016). Listado de sintomas breve (short checklist of symptoms) in Argentinean adults: psychometric study of its main clinical scales. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 2016, 19, 1-12. DOI:10.4081/ripppo.2016.179.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13
- Kessler, R., & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93-121.
- Kim, S. E., Kim, H., Cho, J., Kwon, M., Chang, Y., Ryu, S., Shin, H., & Kim, H. (2016). Direct and Indirect Effects of Five Factor Personality and Gender on Depressive Symptoms Mediated by Perceived Stress. *Plos One*, 11(4), 1-14. DOI:10.1371/journal.pone.0154140.
- King-Kallimanis, B., Gum, A., & Kohn, R. (2009). Comorbidity of Depressive an Anxiety Disorders for Older Americans in the National Comorbidity Survey-Replication. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 782-792.
- Knudson-Martin, C. (2000). Gender, Family Competence, and Psychological Symptoms. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(3), 317-328.
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Maric, N., Krabbendam, L., Vollebergh, W., Graff, R., & Van Os, J. (2003). Sex differences in symptoms of psychosis in a non-selected, general population sample. *Schizophrenia Research*, 63, 89-95. DOI:10.1016/S0920-9964(02)00380-8.
- Marková, I. S., & Berrios, G. E. (2011). Awareness and insight in psychopathology: An essencial distintion? *Theory and Psychology*, 21(4), 421-437.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mautner, E., Stern, C., Deutsch, M., Nagele, E., Greimel, E., Lang, U., & Cervar-Zivkovic,

- M. (2013). The impact of resilience on psychological outcomes in women after preeclampsia: an observational cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 1-13. DOI:10.1186/1477-7525-11-94.
- Mclenan, J., Lazzari, C., Mcmillan, G., & Mackie, R. (2016). Psychopathology of the General Population Referred by Primary Care Physicians for Urgent Assessment in Psychiatric Hospitals. *Iranian Journal of Psychiatry*, 11(4), 201-205.
- Mondi, C. F., Reynolds, A. J., & Ou, S. (2017). Predictors of depressive symptoms in emerging adulthood in a low-income urban cohort. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 50, 45-59.
- Nolen-Hoeksema, S. (1995). Epidemiology and Theories of Gender Differences in Unipolar Depression. In M. V. Seeman (Ed.), *Gender and Psychopathology* (pp. 63-87). Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Notman, M. T. & Nadelson, C. C. (1995). Gender, Development, and Psychopathology: A Revised Psychodynamic View. In M. V. Seeman (Ed.), *Gender and Psychopathology* (pp. 1-16). Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Oliveira, K. L., Santos, A., Crunivel, M., & Neri, A. L. (2006). Relação entre Ansiedade, Depressão e Desesperança entre Grupos e Idosos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 351-359.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. B., & Wallace, K. A. (2006). Psychological Resilience, Positive Emotions, and Successful Adaptation to Stress in Later Life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 730-749. DOI:10.1037/0022-3514.91.4.730.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Raine, A. (1992). Sex Differences in Schizotypal Personality in a Nonclinical Population. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2), 361-364.
- Ralha-Simões, H. (2001). Resiliência e desenvolvimento pessoal. In J. Tavares (org). *Resiliência e Educação* (pp. 55-113). São Paulo: Cortez Editora.
- Richardson, G. E. (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321. DOI:10.1002/jclp.10020.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the Face of Adversity: Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Schäfer, J., Wittchen, H., Höfler, M., Heinrich, A., Zimmermann, P., Siegel, S., & Schönfeld, S. (2015). Is trait resilience characterized by specific patterns of attentional bias to emotional stimuli and attentional control? *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 133-139. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.03.010>.

- Simon, G. E., Vonkorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *The New England Journal of Medicine*, 341(18), 1329-1335.
- Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S., Grammatikopoulos, I., Theorakis, P., & Mavreas, V. (2013). Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*, 13, 1-14.
- Teachman, B. A. (2006). Aging and Negative Affect: The Rise and Fall and Rise of Anxiety and Depression Symptoms. *Psychology and Aging*, 21(1), 201-207. DOI:10.1037/0882-7974.21.1.201.
- Truffino, J. C. (2010). Resilience: An approach to the concept. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145-151.
- Twenge, J. M. (2000). The Age of Anxiety? Birth Cohort Change in Anxiety and Neuroticism, 1952-1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1007-1021. DOI:10.1037//0022-3514.79.6.1007
- Urban, R., Kun, B., Farkas, J., Paksi, B., Kökönyei, G., Unoka, Z., Felvinczi, K., & Demetrovics, Z. (2014). Bifactor structural model of symptom checklists: SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in a non-clinical community sample. *Psychiatry Research*, 216, 146-154.
- Verdoux, H., & van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, 54, 59-65.
- Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1977). Sex Differences and the the Epidemiology of Depression. *Archives of General Psychiatry*, 34(1), 98-111.
- WHO – World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report form the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. Geneva.
- WHO – World Health Organization. (2007). *Mental Health: Strengthening mental health promotion*. Fact Sheet 220. Geneva.
- WHO – World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva.